**ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Seguimiento a la Embarazada**

1. Visita al Estudio #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Lugar de ubicación del estudio:

🞎1 Clínica de obstetricia

🞎2 Laboratorio

🞎3 Oficina de Pediatra

1. Fecha de su última visita al estudio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Han dado negativo para infección del virus del Zika por RT-PCR las últimas dos muestras de sangre del estudio?

 🞎1 Sí 🞎0 No

ESTA SECCION LA LLENARA LA PACIENTE

**PARTE I: Salud en General**

*Ahora nos gustaría hacerle unas preguntas sobre su salud en general y sobre cualquier cambio en la misma desde su última visita al estudio.*

1. ¿Ha visitado alguna sala de emergencia desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,* motivo de la visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del hospital o

clínica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha estado hospitalizada desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *If Si contesta sí,* motivo de la visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del hospital o

clínica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido alguna cita ambulatoria que no haya requerido ir a Sala de Emergencia u hospitalización? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,* motivo de la visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del hospital o

clínica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se le ha tomado muestra de sangre desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,*
			1. Razón para tomar la muestra de sangre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Se le ha tomado muestra de orina desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,*
			1. Razón para la muestra de orina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Se le ha puesto transfusión de sangre desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,*
			1. Razón para la transfusión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			2. Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido algún cambio en su salud en general, desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
	* 1. *Si contesta sí,*especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ¿Ha tenido un parto desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No

12a. *Si contesta sí,*

12a1. Fecha del parto: (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12a2. ¿Nació vivo(a)?: 🞎1 Sí 🞎0 No

1. Si no ha dado a luz, ¿Dónde planifica hacerlo (provea el nombre del hospital o clínica)?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTA SECCION LA LLENARA EL PERSONAL DE ESTUDIO

**PARTE I: Pruebas de Microbiología**

14. ¿Se tomó muestra de sangre? 🞎1 Sí 🞎0 No

 14a. *Si contesa no, ¿por qué*?

🞎0 Las últimas dos muestras de sangre para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

🞎1 Otro, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14.b. *Si contesa sí,*

14.b.1. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14.b.2 Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 14.b.3. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 14.b.4. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro

15. ¿Se tomó muestra de orina? 🞎1 Sí 🞎0 No

15a. *Si contesa no, ¿por qué*?

🞎0 Las últimas dos muestras de orina para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

🞎1 Otro, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.b. *Si contesa sí,*

15.b.1. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.b.2 Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 15.b.3. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 15.b.4. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro

**PARTE II: Final del Estudio**

16. ¿Se eliminó al sujeto del estudio? 🞎1 Sí 🞎0 No

16a1. Si contesta sí, indique fecha de eliminación (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 16a2. Si contesta sí, indique la razón:

🞎0 Las últimas dos muestras dieron negativo para Zika confirmado por RT-PCR

🞎1 Fin del periodo del estudio

🞎2 Ingresada en hospital por reacciones adversas

🞎3 No está disponible para seguimiento

🞎4 No desea seguir participando en el estudio

🞎5 Eliminada por el personal del estudio

🞎5 Otro, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_