

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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
3. Fecha de su última visita al estudio (mm/dd/aaaa): _____
4. ¿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.

5. ¿Ha visitado alguna sala de emergencia desde su última visita? ₁ Sí ₀ No
 - i. *Si contesta sí*, motivo de la visita _____ Nombre del hospital o clínica _____
6. ¿Ha estado hospitalizada desde su última visita? ₁ Sí ₀ No
 - ii. *If Si contesta sí*, motivo de la visita _____ Nombre del hospital o clínica _____
7. ¿Ha tenido alguna cita ambulatoria que no haya requerido ir a Sala de Emergencia u hospitalización?
 - ₁ Sí ₀ No
 - iii. *Si contesta sí*, motivo de la visita _____ Nombre del hospital o clínica _____
8. ¿Se le ha tomado muestra de sangre desde su última visita? ₁ Sí ₀ No

Página 1 de 4
Versión Núm.10.0

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

iv. *Si contesta sí,*

1. Razón para tomar la muestra de sangre _____

9. ¿Se le ha tomado muestra de orina desde su última visita? ₁ Sí ₀ No

v. *Si contesta sí,*

1. Razón para la muestra de orina _____

10. ¿Se le ha puesto transfusión de sangre desde su última visita? ₁ Sí ₀ No

i. *Si contesta sí,*

1. Razón para la transfusión _____

2. Fecha (mm/dd/aaaa) _____

11. ¿Ha tenido algún cambio en su salud en general, desde su última visita? ₁ Sí ₀ No

i. *Si contesta sí, especifique* _____

12. ¿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

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



Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	_0_

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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

Formulario aprobado
OMB N.O 0920-XXXX
Fecha de vencimiento XX/XX/XXXX

Código del Sitio	Código de la Participante	Número de Mujer
_	_ _ _	0

Fecha de hoy: ____/____/____
MM DD AAAA

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 _____