

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:
  - <sub>1</sub> Clínica de obstetricia
  - <sub>2</sub> Laboratorio
  - <sub>3</sub> 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?
  - <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> 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? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No
  - i. *Si contesta sí*, motivo de la visita \_\_\_\_\_ Nombre del hospital o clínica \_\_\_\_\_
6. ¿Ha estado hospitalizada desde su última visita? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> 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?
  - <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> 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? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> 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? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No

v. *Si contesta sí,*

1. Razón para la muestra de orina \_\_\_\_\_

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

i. *Si contesta sí, especifique* \_\_\_\_\_

12. ¿Ha tenido un parto desde su última visita? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No

12a. *Si contesta sí,*

12a<sub>1</sub>. Fecha del parto: (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

12a<sub>2</sub>. ¿Nació vivo(a)?: <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> 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? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No

14a. *Si contesa no, ¿por qué?*

<sub>0</sub> Las últimas dos muestras de sangre para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

<sub>1</sub> 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:

<sub>0</sub> RT-PCR

<sub>1</sub> Serología

<sub>2</sub> Otro

15. ¿Se tomó muestra de orina? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No

15a. *Si contesa no, ¿por qué?*

<sub>0</sub> Las últimas dos muestras de orina para el estudio dieron negativo a infección por el virus del Zika

<sub>1</sub> 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:

<sub>0</sub> RT-PCR

<sub>1</sub> Serología

<sub>2</sub> 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? <sub>1</sub> Sí <sub>0</sub> No

16a<sub>1</sub>. Si contesta sí, indique fecha de eliminación (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

16a<sub>2</sub>. Si contesta sí, indique la razón:

- <sub>0</sub> Las últimas dos muestras dieron negativo para Zika confirmado por RT-PCR
- <sub>1</sub> Fin del periodo del estudio
- <sub>2</sub> Ingresada en hospital por reacciones adversas
- <sub>3</sub> No está disponible para seguimiento
- <sub>4</sub> No desea seguir participando en el estudio
- <sub>5</sub> Eliminada por el personal del estudio

<sub>5</sub> Otro, especifique \_\_\_\_\_