**ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Datos y Nacimiento del Infante**

ESTA SECCION SE COMPLETARA CON DATOS DEL RECORD MEDICO

**PARTE I: Inscripción**

|  |  |
| --- | --- |
| *Información de la Clínica*  | *Información del Infante* |
| Nombre de la Clínica : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Apellido **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Municipio\*: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Nombre: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Sitio del estudio # (si aplica): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

1. ¿Los padres del infante firmaron el consentimiento informado para participar? □1 Sí □0 No

 *Si contesta sí,* fecha en que se firmó el consentimiento informado (mm/dd/aaaa): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Si contesta no,* por qué razón: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ¿Cuál es número de identificación de la madre en el estudio? Z- \_\_\_- \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ (correspondientes cuatro dígitos)
2. ¿En qué fecha se inscribió la madre (mm/dd/aaaa)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es número de identificación del infante en el estudio? Z\_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_( correspondientes cuatro dígitos-debe ser los mismos de la identificación de la madre)

**PARTE II: Nacimiento**

5. ¿Fecha de nacimiento del infante? \_\_ \_\_/\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ 🞎77 *No la sé*

M M D D A A A A

6. ¿Edad gestacionaria a la fecha del nacimiento? \_\_\_\_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_\_ días

7. ¿En qué se basó la edad gestacionaria al momento del nacimiento?

🞎1 Ultimo periodo de menstruación

🞎2 Ultrasonido

🞎3 Reproducción asistida

🞎4 Otro

8. ¿Sexo del infante? 🞎1 Masculino 🞎0 Femenino

9. ¿Peso del infante al nacer (<12 horas post parto)? \_\_\_\_\_🞎 gramos 🞎kilogramos 🞎 libras 🞎77 *No sé*

10. ¿Largo del infante desde la corona hasta los talones? \_\_\_\_\_\_🞎 pulgadas 🞎 centímetros 🞎77 *No sé*

11. ¿Circunferencia de la cabeza del infante (Occipital-frontal 24h después de nacido)? \_\_\_\_\_ centímetros 🞎77 *No sé*

12. ¿Puntuación APGAR del infante?

1 minuto después de nacer\_\_\_\_\_\_\_\_, 🞎77 *No sé*

5 minutos después de nacer\_\_\_\_\_\_\_\_, 🞎77 *No sé*

 10 minutos después de nacer\_\_\_\_\_\_\_\_, 🞎77 *No sé*

13. Temperatura máxima del infante al nacer: \_\_\_\_\_\_ °C o \_\_\_°F

🞎1 Oral 🞎2 Tímpano 🞎3Rectal 🞎4 Axila

14. ¿De qué forma nació el infante? (marque una opción)

🞎1 Vaginal espontáneo

🞎2 Vaginal asistido (ejemplo: forceps, succión)

🞎3 Por Cesarea

🞎4 Asistido debido a bebé con cabeza hacia arriba

🞎77 No sé

15. ¿En qué forma se presentaba el feto del infante al momento del parto? (marque una opción)

🞎1 Cefálica

🞎2 Con cabeza hacia arriba

🞎3 Otro

16. ¿Dónde dio a luz al infante? (marque una opción)

🞎1 En el hogar

🞎2 Hospital/clínica

🞎77 No sé

17. ¿Hubo complicaciones durante el parto? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*

18. ¿Hubo complicaciones después del parto? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*

19. Indique por favor si el infante ha padecido de alguna de las condiciones a continuación y haga una marca indicando “sí”, “no” o “No sé”. Si marca “sí” para cualquiera de las condiciones, por favor llene la cuarta columna de la derecha al lado de cada condición para la que marcó “**sí**”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sé | **Si contesta sí……,** |
| Convulsiones |  |  |  | 🞎1 General 🞎2 Focal |
| Parálisis |  |  |  | 🞎1 General 🞎2 Incrementando |
| Aumento en rigidez de extremidades |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Flacidez (Hipotonía) |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Contracturas de coyunturas |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Otras señales neurológicas  |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Edema |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Apnea |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_ |
| Erupción |  |  |  | Tipo de erupción: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha principio de erupción mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ |
| Otra condición anormal de la piel  |  |  |  | Tipo:Fecha principio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_ |

20. Por favor indique si alguna de las anomalías que se indican abajo aparecieron ≤ 24 después del parto, marcando “sí”, “no” o “no sé” para cada una de ellas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | No sé  |
| Dismorfia facial |  |  |  |
| Labio/paladar leporino |  |  |  |
| Anomalías del ojo |  |  |  |
| Anomalías del oído  |  |  |  |
| Exceso de piel en cabeza |  |  |  |
| Cráneo pequeño (Craneosinostosis) |  |  |  |
| Rasgos de Síndrome de Down  |  |  |  |
| Parte posterio de cabeza agrandada |  |  |  |
| Defectos congénitos del corazón  |  |  |  |
| Masa debajo de la piel (Hemangiomas) |  |  |  |
| Hernia umbilical  |  |  |  |
| Defecto en pared abdominal |  |  |  |

21. Por favor indique si alguna de las anomalías que se indican abajo aparecieron ≤ 24 después del parto, marcando “sí”, “no” o “no sé” para cada una de ella. Si marca “sí” para cualquiera de las condiciones, por favor llene la cuarta columna de la derecha al lado de cada condición para la que marcó “**sí**”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sí | No | *No sé* w | Si contesta sí,  |
| Anomalías en las manos |  |  |  | ☐1Faltan dedos ☐2Dedo menique curvo hacia el dedo anular ☐3Otro  |
| Anomalías en los pies |  |  |  | ☐1Dedos de los pies muy separados ☐2Pie deforme (pie zopo) ☐3Otro  |
| Anomalías en las extremidades superiores |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Anomalías en las extremidades inferiores |  |  |  | Describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

22. ¿Se tomaron imágenes del infante dentro de las 24 horas de nacido? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*

 *Si es sí, ¿de qué* tipo? (marque)

🞎1 Ultrasonido Cranial digital

 Resultado: 🞎1 Normal 🞎2 Anormal

🞎2 CT scan

 Resultado: 🞎1 Normal 🞎2 Anormal

🞎3 MRI

 Resultado: 🞎1 Normal 🞎2 Anormal

🞎4 Otro

 Resultado: 🞎1 Normal 🞎2 Anormal

**PARTE III: Pruebas de Microbiología**

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

 23a. *Si es no, ¿por qué no*?

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

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

23b. *Si es sí*

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

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

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

 23.b.4. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro

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

24a. *Si es no, ¿por qué no*?

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

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

24.b. Si es sí*,*

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

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

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

 24.b.4. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. Serología

🞎2 Otro

25. ¿Se tomó muestra del fluido cerebroespinal (CSF) al infante después de nacer? 🞎1 Sí 🞎0 No 🞎77 *No sé*

 *Si es sí, fecha* (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si es sí, apariencia del fluido*: 🞎1 Claro e incoloro 🞎2 Turbio 🞎3 Manchado de sangre 🞎4 Desconozco

26. ¿Se identificó a algún pediatra para dar seguimiento al infante? 🞎1 Sí 🞎0 No

 *Si es no, ¿por qué no*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: EL PERSONAL DEL ESTUDIO DEBE IDENTIFICAR A UN PEDIATRA ANTES DE QUE EL INFANTE ABANDONE EL HOSPITAL/CLINICA DONDE HAYA NACIDO**