

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

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? Sí No
Si contesta sí, fecha en que se firmó el consentimiento informado (mm/dd/aaaa): _____

Si contesta no, por qué razón: _____

2. ¿Cuál es número de identificación de la madre en el estudio? Z- ____ - ____ ____ ____ (correspondientes cuatro dígitos)

3. ¿En qué fecha se inscribió la madre (mm/dd/aaaa)? _____

4. ¿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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

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 ₃ Rectal ₄ Axila

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

- ₁ Vaginal espontáneo
- ₂ Vaginal asistido (ejemplo: forceps, succión)

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

- 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				<input type="checkbox"/> ₁ General <input type="checkbox"/> ₂ Focal
Parálisis				<input type="checkbox"/> ₁ General <input type="checkbox"/> 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: _____

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

				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 posterior 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				<input type="checkbox"/> ₁ Faltan dedos <input type="checkbox"/> ₂ Dedo menique curvo hacia el dedo anular <input type="checkbox"/> ₃ Otro
Anomalías en los pies				<input type="checkbox"/> ₁ Dedos de los pies muy separados <input type="checkbox"/> ₂ Pie deforme (pie zopo)

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

			<input type="checkbox"/> _3Otro
Anomalías en las extremidades superiores			Describe: _____
Anomalías en las extremidades inferiores			Describe: _____

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

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

23. ¿Se tomó muestra de sangre? Sí No

23a. Si es no, ¿por qué no?

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

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:

RT-PCR

Serología

Otro

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

24a. Si es no, ¿por qué no?

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

Otro, especifique _____

24b. 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:

RT-PCR

Serología

Otro

Código del Sitio	Código de la Participante	Número del bebé
□	□□□□	□

Nombre de la persona que llena el Formulario: _____

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

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