## ZIKV RNA Persistence (ZIRP): Cuestionario de Seguimiento del Infante

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

🞎1 Oficina del Pediatra

🞎2 Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Fecha de la última visita al estudio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Han dado negativo para infección del virus del Zika los últimos dos análisis de muestras de sangre como parte del estudio por RT-PCR?

🞎1 Sí 🞎0 No

ESTA SECCION LA LLENARA LA MADRE/EL PADRE/ EL GUARDIAN DEL INFANTE

**PARTE I: Salud en General**

*Le agradecemos su permiso para que su infante participe en este estudio. Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas en general, acerca de la salud de su infante desde su última visita al estudio para acá. Desde la última visita de su infante al estudio (o desde su nacimiento, si esta es su primera visita)…*

1. ¿Ha sentido preocupación por la salud de su infante? 🞎1 Sí 🞎0 No
   * 1. Si contesta sí, por favor especifique su preocupación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Su infante 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 clinica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Su infante ha estado hospitalizado desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
   * 1. Si contesta sí, motivo para la hospitalización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido su infante alguna cita ambulatoria que no haya requerido ir a Sala de Emergencia o de una hospitalización? 🞎1 Sí 🞎0 No

Si contesta sí, motivo para la visita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del lugar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Se le ha tomado muestra de sangre a su infante desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
   * 1. Si contesta sí, motivo para tomar la muestra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Se le ha tomado muestra de orina a su infante desde su última visita? 🞎1 Sí 🞎0 No
   * 1. Si contesta sí, motivo para tomar la muestra de orina\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTA SECCION SE LLENARA CON INFORMACION DEL RECORD MEDICO

**PARTE I: Signos Vitales**

1. ¿Peso del infante? \_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 gramos 🞎 kilogramos
2. ¿Estatura del infante? \_\_\_\_\_\_\_\_🞎 centímetros 🞎 pulgadas
3. ¿Circunferencia de la cabeza del infante? \_\_\_\_\_\_\_\_centímetros

**PARTE II: Desarrollo Neurológico**

1. ¿Ha presentado el bebé alguno de las siguientes desde su última visita?
   * 1. Apnea ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     2. Convulsiones ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     3. Parálisis ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     4. Contractura de coyuntura ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     5. Flacidez ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     6. Otro: ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco

Si contesta sí, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Señales de alguna de las siguientes anomalías en el infante desde su última visita?
   * 1. Dismorfia facial ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     2. Anomalía del ojo ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     3. Anomalía del oído ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     4. Exceso de piel en cabeza ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     5. Cráneo pequeño l ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     6. Rasgos de Síndrome de Down ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco
     7. Otro: ☐1 Sí ☐0 No ☐77 Desconozco

Si contesta sí, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE III: Pruebas de Microbiología**

16. ¿Se tomó muestra de sangre del infante? 🞎1 Sí 🞎0 No

16a. Si es no, ¿*por qué no*?

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

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

16b. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd/aaaa)

16c. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16d. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16e. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. IgM

🞎2 IgG

🞎3 Otro

17. ¿Se tomó muestra de orina del infante? 🞎1 Sí 🞎0 No

17a. Si contesta no, ¿*por qué no*?

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

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

17b. Fecha en que se tomó la muestra (mm/dd /aaaa)

17c. Hora en que se tomó la muestra (hh:mm): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17d. Fecha en que se envió la muestra al laboratorio (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17e. Tipo de análisis:

🞎0 RT-PCR

🞎1. IgM

🞎2 IgG

🞎3 Otro

**PARTE IV: Final del Estudio**

18. ¿Se completó la recopilación de data de este infante para el estudio? 🞎1 Sí 🞎0 No

18a1. Si contesta sí, incluya la razón:

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

🞎1 Fin del periodo del estudio

🞎2 Ingresado en hospital debido a reacciones adversas

🞎3 Retirado del estudio por su guardián

🞎4 Eliminado por el personal del estudio

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

18a2. Si contesta sí, fecha de la eliminacion (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_