# **DISEÑO DE ESTE FORMATO DE REPORTE DE CASO (FRC)**

Existen dos juegos de Formatos de Reporte de Caso (FRC) a ser utilizados en combinación – Neonatal y Maternal. Los FRC deberán utilizarse en combinación para estudios de cohorte prospectivos o estudios de control de casos.

Estos juegos de FRC se deberán utilizar en la admisión y alta/al irse al hogar. Para cualquier paciente admitido por más de 24 horas, los Formatos de la Referencia Inicial y Resultado y el FRC de Resultados de Laboratorio se pueden fotocopiar y usar para el registro de diario de información.

Para todos los estudios, se recomienda el llenado de un mínimo del FRC [1] Referencia Inicial y Resultado Materna (MBO) y [2] Referencia Inicial y Resultados del Neonato (NBO), seguido por [3] FRC de Laboratorio de Resultados Maternos (MLR) y [4] FRC Resultados de Laboratorio del Neonato (NLR) para todos los recién nacidos post - parto. Si la madre y/o el recién nacido son admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, llenar [5] Cuidados Intensivos maternos (MIC), y/o [6] Cuidados Intensivos para Neonatos (NIC) también.

Para las mujeres embarazadas que presentan síntomas agudos, llenar [7] Síntomas Agudos Maternos (MAS), y para todos los estudios también llenar [8] Atención Prenatal Materna (MAC).

Llenar las secciones de los resultados en los FRC [1] MBO y [2] NBO cuando todos los diagnósticos resultados de laboratorio y diagnóstico final están disponibles.

***CÓMO UTILIZAR ESTE FRC***

En el llenado de los módulos de los FRC, por favor asegúrese que:

* La madre o encuestada/tutor/representante ha sido provista de información sobre el estudio de observación y se haya llenado y firmado el Formato de consentimiento informado.
* Los códigos de Identificación del estudio serán asignados tanto a la madre/mujer embarazada y el neonato según el protocolo y lineamientos del hospital.
* Los códigos de Identificación del estudio deberán incluirse en todas las hojas de papel de los FRC, toda la información deberá mantenerse confidencial en todo momento y no se registrará información de identificación del paciente en los FRC.
* La identificación del hospital del paciente y los detalles de contacto deberán registrarse en una lista de contactos por separado para permitir el seguimiento posterior. Los Formatos de contacto deberán mantenerse por separado de los FRC en todo momento y guardados en un sitio seguro.
* Cada sitio podrá elegir la cantidad de datos a recopilar basado en los recursos disponibles y el número de pacientes inscritos a la fecha. Idealmente, los datos sobre pacientes (neonato y madre) serán recolectados utilizando todos los módulos de los FRC según el caso.

Los sitios con muy escasos recursos o con gran número de pacientes pueden optar únicamente por los FRC de REFERENCIA INICIAL Y RESULTADO DEL NEONATO/MATERNO. La decisión depende de los investigadores del sitio y se puede cambiar a lo largo del período de recolección de datos. Todos los datos de alta calidad son valiosos para el análisis.

**ORIENTACIÓN GENERAL**

* El FRC está diseñado para recopilar datos obtenidos mediante el examen al paciente, para los neonatos mediante la entrevista con el padre/tutor/representante y la revisión de las historias clínicas del hospital.
* Los códigos de Identificación del Paciente deberán registrarse en todas las hojas de papel de los FRC (neonato y madre).
* Llenar cada línea de cada sección, salvo donde las instrucciones digan saltarse a una sección basado en ciertas respuestas.
* Las secciones con casillas (**☐**) son respuestas de elección única (seleccione sólo una respuesta). Las selecciones con círculos (**○**) son respuestas de elección múltiple (seleccione todas las respuestas que sean aplicables).
* Es importante saber cuándo una respuesta a una pregunta en particular no se conoce. Favor de marcar la casilla “No consta” si este es el caso.
* Algunas secciones tienen espacios abiertos en donde puede escribir información adicional. Para permitir el registro de datos estandarizados, favor de evitar escribir información adicional fuera de estos espacios.
* Se recomienda escribir claramente en tinta negra o azul, utilizando LETRA DE MOLDE EN MAYÚSCULAS.
* Coloque una (X) cuando elige la respuesta correspondiente. Para hacer correcciones, cruce con (----) los datos que desea borrar y escriba los datos correctos encima de ellos. Favor de rubricar y fechar todas las correcciones.
* Favor de mantener juntas todas las hojas para una sola mujer y neonato incluido en el estudio por ejemplo con una grapa o en una carpeta que sólo es para la paciente.
* Favor de contactarnos si le podemos ayudar con el llenado de las preguntas de los FRC, si tiene comentarios y para hacernos saber que está utilizando los Formatos. Favor de ponerse en contacto con la Dra. Gail Carson por correo electrónico: [gail.carson@ndm.ox.ac.uk](mailto:gail.carson@ndm.ox.ac.uk)

**Exención de responsabilidad**: Este FRC tiene la finalidad de ser utilizado como un documento estandarizado para la recolección de datos clínicos en los estudios que investigan el virus del Zika. La responsabilidad del uso de este FRC corresponde a los investigadores del estudio. ISARIC y los autores del FRC no aceptan responsabilidad alguna por el uso del FRC en un formato modificado ni por el uso del FRC estandarizado que no sea la de su finalidad prevista. Los problemas de formato están en proceso de ser resuelto. Los documentos de Word están disponibles con el fin de adaptar y traducir los FRC, sin embargo, puede haber problemas entre Mac y PC. El formato PDF también está disponible, que debe estar bien formateado en ambos tipos de computadoras.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Nombre de sitio/clínica/hospital** |  | |
| 1. **Geoposición** | **Latitud \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Longitud \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Si la geoposición no está disponible, refiera la localización a continuación** | | |
| 1. **Ciudad** |  | |
| 1. **País** |  | |

1. **ATENCIÓN PRENATAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Grupo sanguíneo de la madre y condición Rhesus** | **☐** A **☐** B **☐** AB **☐** O | | **☐**Rhesus positivo **☐**Rhesus negativo **☐**No consta | | | | | |
| 1. **Último período de menstruación de la madre (d**d/mm/aaaa | \_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_ | | **☐**Cierto **☐**Incierto **☐**No consta | | | | | |
| **1er Ultrasonido del Trimestre (<14 semanas de gestación)** | | | | | | | | |
| 1. **1er Ultrasonido del Trimestre** | **☐**Si **☐**No se hizo **☐**No consta | | | | 1. **Fecha de ultrasonido**   (dd/mm/aaaa) | | | \_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_ |
| **9.Edad gestacional al momento del ultrasonido** | **\_\_\_** semanas **\_\_\_** días  **☐**No consta | **10. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido** | | | | **☐**último período menstrual  **☐**Ultrasonido  **☐**Reproducción asistida  **☐** Otro | | |
| **11. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?** | Reporte **☐**Si **☐**No  Imágenes **☐**Si **☐**No | | | | |  | | |
| **Resultados del ultrasonido del 1er- trimestre** | | | | | | | | |
| **12. Actividad cardiaca fetal** | **☐**Detectada **☐**No detectada  **☐**No investigada | | | **13. Longitud céfalo-caudal (CRL)** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | |
| **14. Diámetro biparietal (DBP)** | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | | **15. Translucencia nucal** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | |
| **16. Detección para el síndrome Down** | **☐**Bajo -riesgo **☐**Alto-riesgo  **☐**No se realizó **☐**No consta | | | **17. Si de alto riesgo, favor especificar pruebas utilizadas y resultados:** | | |  | |
| **18. Anomalías** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | | | |
| **Si se detectaron anomalías/anormalidades; favor de marcar todas las que apliquen:** | Holoprosencefalia  Anencefalia  Encefalocele  Espina bífida   Onfalocele  Gastrosquisis  Megavejiga  Anormalidad Cardiaca | | | |  Extremidad anómala (especificar):  Anomalía del esqueleto, (especificar):  Otra, favor de especificar: | | | |
| **19. Cualquier otro hallazgo significativo** | **☐**Si **☐**No | | | | **En caso afirmativo, favor de especificar/describir:** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2ndo Trimestre 14 a 24 semanas de gestación** | | | | | | | | | | |
| **20. Movimientos Fetales** | | | | | | ☐Normal ☐Reducidos ☐ Acrecentados ☐No consta | | | | |
| **21. Ultrasonido del 2° Trimestre** | **☐**Si **☐** No se hizo **☐** No consta | | | | | | **22. Fecha del ultrasonido**  (dd/mm/aaaa) | | | \_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_ |
| **23. Edad gestacional al momento del ultrasonido** | **\_\_\_ semanas** **\_\_\_** días  **☐**No consta | | | **24. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido** | | | | | **☐**último período menstrual  **☐**Ultrasonido  **☐**Reproducción asistida  **☐** Otro | |
| **25. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?** | Reporte **☐**Si **☐**No  Imágenes **☐**Si **☐**No | | | | | | | | | |
| **Resultados del ultrasonido del 2° trimestre (14 - 24 semanas de gestación)** | | | | | | | | | | |
| **26. Circunferencia de la cabeza (CC)** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | | **27. Diámetro biparietal (DBP)** | | | | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **28. Cómo se midió el DBP:**  Exterior a Exterior  Exterior a Interior | | **☐**  **☐**  **☐**No consta | | | **29. Circunferencia Abdominal (CA)** | | | | | **☐** mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **30. Diámetro Trascerebral (DTC)** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | | **31. Longitud del fémur (LF)** | | | | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **32. ¿Se detectaron posibles anomalías cerebrales (por ejemplo, la calcificación o ventriculomegalia)?** | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta | **En caso afirmativo, especificar/describir:** | | | | | | | |
| **33. ¿Se detectó alguna anomalía del cerebelo (por ejemplo tamaño reducido o calcificación)?** | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta | **En caso afirmativo, especificar/describir:** | | | | | | | |
| **34. Si se detectaron otras anomalías, por favor marque todo lo que corresponda:** | Cabeza Ο Si Ο No  Cerebro Ο Si Ο No  Cara Ο Si Ο No  Cuello Ο Si Ο No  Espina Ο Si Ο No  Corazón Ο Si Ο No  Pared abdominal anterior Ο Si Ο No  Gastrointestinal Ο Si Ο No  Vejiga Ο Si Ο No  Anormalidad cromosómica Ο Si Ο No  (posterior a la amniocentesis o CVS) | | | | | | | Extremidades Ο Si Ο No    Pulmones/Pleura Ο Si Ο No  Riñones Ο Si Ο No  Genitales Ο Si Ο No  Cordón de dos vasos Ο Si Ο No  Otro **☐**Si **☐**No | | |
| **Información detallada sobre anomalías** |  | | | | | | | | | |
| **35. Volumen amniótico** | **☐**Normal **☐**Incrementado **☐**Polihidramnios  **☐**Reducido **☐**Oligohidramnios **☐**Anhidramnios **☐**No consta | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ultrasonido del 3er Trimestre (>24 semanas de gestación)** | | | | | | | | | | | | |
| **36. Movimientos Fetales** | | | | | | | ☐Normal ☐Reducidos ☐ Acrecentados ☐No consta | | | | | |
| **37. Ultrasonido del 3er Trimestre** | **☐**Si **☐** No se realizó **☐** No consta | | | | | | | **38. Fecha del escaneo**  (dd/mm/aaaa) | | | | \_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_ |
| **39. Edad gestacional al momento del ultrasonido** | **\_\_\_ semanas** **\_\_\_** días  **☐**No consta | | **40. Base de la estimación de la edad gestacional al momento del ultrasonido** | | | | | | | **☐**último período menstrual  **☐**Ultrasonido  **☐**Reproducción asistida  **☐** Otro | | |
| **41. ¿Se adjuntan el informe y/o imágenes?** | Reporte **☐**Si **☐**No  Imágenes **☐**Si **☐**No | | | | | | | | | | | |
| **Resultados del Ultrasonido del 3er Trimestre** | | | | | | | | | | | | |
| **42. Circunferencia de la cabeza (CC)** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | | | **43. Diámetro biparietal (DBP)** | | | | | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **44. Cómo se midió el DBP:**  Exterior a Exterior  Exterior a Interior | | **☐**  **☐**  **☐**No consta | | | | **45. Circunferencia Abdominal (CA)** | | | | | | **☐** mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **46. Diámetro transcerebral (TCD)** | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta | | | | **47. Longitud del fémur (LF)** | | | | | | mm  **☐**No se realizó  **☐**No consta |
| **48. ¿Se detectaron posibles anomalías cerebrales (por ejemplo, la calcificación o ventriculomegalia)?** | | **☐**Si  **☐**No  **☐**No consta | | **En caso afirmativo, especificar/describir::** | | | | | | | | |
| **49. Se detectó alguna anomalía del cerebelo (por ejemplo tamaño reducido o calcificación)?** | | **☐**Si  **☐**No  **☐**No consta | | **En caso afirmativo, especificar/describir:** | | | | | | | | |
| **50. Si se detectaron otras anomalías, por favor marque todo lo que corresponda:** | Cabeza Ο Si Ο No  Cerebro Ο Si Ο No  Cara Ο Si Ο No  Cuello Ο Si Ο No  Espina Ο Si Ο No  Corazón Ο Si Ο No  Pared abdominal anterior Ο Si Ο No  Gastrointestinal Ο Si Ο No | | | | | | | | Vejiga Ο Si Ο No  Extremidades Ο Si Ο No  Pulmones/Pleura Ο Si Ο No  Riñones Ο Si Ο No  Genitales Ο Si Ο No  Anormalidad cromosómica Ο Si Ο No  (Después de la amniocentesis o CVS)  Cordón de dos vasos Ο Si Ο No  Otro **☐**Si **☐**No | | | |
| **Información detallada sobre anomalías** |  | | | | | | | | | | | |
| **51. Volumen amniótico** | **☐**Normal **☐**Incrementado **☐**Polihidramnios  **☐**Reducido **☐**Oligohidramnios **☐**Anhidramnios **☐**No consta | | | | | | | | | | | |
| **52. Placenta previa** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | | | | | | | |
| **53. Otras anormalidades de la placenta** | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta | | | | **En caso afirmativo, favor de especificar:** | | | | | |  | |
| **54. Doppler de la arteria umbilical** | **☐** Flujo Diastólico ausente  **☐**Flujo diastólico reverso final **☐**No consta | | | | | | | | | | Índice de resistencia (IR)  Índice de pulsatilidad (IP)  | |

1. **OTRAS PRUEBAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **55. Amniocentesis**  **Fecha de amniocentesis:** (dd/mm/aaaa)  **\_\_ / \_\_ / 20 \_\_** | **☐**Normal **☐**Anormal  **☐**No se realizó **☐**No consta | **Si es anormal, por favor especifique hallazgos significativos:** |  |
| **56. Otra/s pruebas intrauterinas:**  **Fecha de la prueba:**  **\_\_ / \_\_ / 20 \_\_** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos:** |  |
| **Otra/s prueba/s intrauterina:**  **Fecha de la prueba:**  **\_\_ / \_\_ / 20 \_\_** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos** |  |
| **Otras prueba/s:**  **Fecha de la prueba:**  **\_\_ / \_\_ / 20 \_\_** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar pruebas y hallazgos significativos:** |  |

**3) COMPLICACIONES MATERNAS EN EL EMBARAZO** Registre las complicaciones al inicio durante el embarazo

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDICIONES CLINICAS**  **Durante el embarazo se le diagnosticó con, o se le trató para, alguna de las siguientes condiciones:** | | | | | | |
| 57. Diabetes, enfermedad de la tiroides u otra afección endocrinológica  58. Cualquier tumor maligno / cáncer (incluyendo leucemia o linfoma)  59. Insuficiencia cardiaca  60. Epilepsia  61. Enfermedad mental, por ejemplo, depresión clínica  62. Enfermedad renal o pielonefritis  63. Infección del tracto urinario inferior que requiere tratamiento con antibióticos | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta | 64. Infección de las vías respiratorias que requieren tratamiento antibiótico/ antiviral  65. Cualquier otra infección que requiera tratamiento antibiótico/antiviral  66. Portadora de estreptococo del grupo B  67. VIH o SIDA  68. Infección del tracto genital o enfermedades de transmisión sexual  69. Colestasis  70. Cualquier otra condición médica/quirúrgica que requiera tratamiento/referencia  71. Cualquier accidente o trauma materno que requiera admisión al hospital o referir a un nivel de atención superior | | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta    **☐**Si **☐**No  **☐**No consta |
| **CONDICIONES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO**  **Durante el embarazo se le diagnosticó con, o se le trató para, algunas de las siguientes condiciones:** | | | | | | |
| 72. Vómitos severos, requiere hospitalización  73. Diabetes gestacional  74. Sangrado vaginal antes de las 14 semanas  75. Sangrado vaginal a las 14-24 semanas  76. Sangrado vaginal después de 24 semanas  77. Hipertensión inducida por el embarazo  (PA>140/90 mmHg,, sin proteinuria)  78. Pre-eclampsia  (PA>140/90 mmHg y proteinuria)  79. Pre-eclampsia severa/Eclampsia/HELLP  80. Enfermedad de Rhesus o anticuerpos anti-Kell  81. Labor de parto prematuro | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta    **☐**Si **☐**No  **☐**No consta    **☐**Si **☐**No  **☐**No consta    **☐**Si **☐**No  **☐**No consta    **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta | 82. Anemia Fetal  83. Sufrimiento fetal (FHR anormal o BPP)  84. Sospecha de crecimiento fetal disminuido  85. Oligohidramnios  86. Polihidramnios  87. Condición que requiere amniocentesis o muestra de sangre fetal (MSF)  Si, afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  88. Desprendimiento de placenta  89. Corioamnionitis clínica  90. Otra  (Especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta  **☐**Si **☐**No  **☐**No consta |
| **91. Nivel más bajo de**  **hemoglobina** | **< 14 semanas** | | | **14-24 semanas** | **>24 semanas** | |
|  | **.** g/dl | | | **.** g/dl | **.** g/dl | |
| **O hematocrito más bajo** | **.** % | | | **.** % | **.** % | |

**4) FORMATO DE REPORTE DE CASO LLENADO POR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y puesto**  **puesto** |  | | |
| **Firma** |  | **Fecha** (dd/mm/aaaa) | **\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_** |