***DISEÑO DE ESTE FORMULARIO DE REPORTE DE CASO (FRC)***

Existen dos juegos de Formularios 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 FEC se deberán utilizar en la admisión y alta/irse al hogar. Para cualquier paciente admitido por más de 24 horas, los Formularios de la Referencia Inicial y Resultado y el FRC de Resultados de Laboratorio se pueden fotocopiar y usarse 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 Formulario de consentimiento informado.
* Los códigos de Identificación del estudio serán asignados tanto a la madre/mujer embarazada y el neonato según el protocolo y directrices 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 Formularios 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 áreas abiertas en donde puede escribir información adicional. Para permitir el registro de datos estandarizados, favor de evitar escribir información adicional fuera de estas áreas.
* 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 incluidos en el estudio por ejemplo con una grapa o en una carpeta que es sólo 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 Formularios. 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.*

**CRITERIOS DE INCLUSION**

Defina como sea apropiado para cada estudio y de acuerdo a los últimos lineamientos nacionales.

Asegure el consentimiento informado.

**Fecha y hora del consentimiento (**dd/mm/aaaa**)**: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_ \_\_ / \_20\_ \_\_ \_\_\_ Hora: \_: \_\_hrs

**Firma de la persona que recibe el consentimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que recibe el consentimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**1) DEMOGRAFÍA DEL NEONATO**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Sexo** | **☐**Masculino **☐**Femenino **☐**Incierto |
| 1. **Fecha de nacimiento** (dd/mm/aaaa) | \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ |
| 1. **Edad Gestacional al nacer** | \_\_\_\_ semanas \_\_\_\_ días |
| 1. **Base de la estimación de la edad gestacional al nacer** | **☐**Último período de menstruación  **☐**Ultrasonido  **☐**Reproducción asistida  **☐**Otro (especificar): |
| 1. **Número de nacimiento** | **☐**Simple **☐**Gemelar I **☐**Gemelar II  **☐**Trillizo I **☐**Trillizo II **☐**Trillizo III  **☐**Otro: \_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Grupo Étnico del bebé (de acuerdo con los lineamientos nacionales**) |  |
| 1. **Presentación fetal en el parto** | **☐**Cabeza **☐** Nalgas **☐**Otro (especificar): |

**2) MEDIDAS DEL NEONATO AL NACER**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Puntuación de Apgar** | 1 min 5 min 10 min | | | | | |
| 1. **Peso al nacer**   (<12 horas después del parto) |  | gram |  | libras |  | onzas |
| 1. **Largo de Corona a talón** |  | cm |  | pulgadas | **☐** No consta | |
| 1. **Circunferencia de cabeza**   (occipital-frontal) |  | cm |  | pulgadas | **☐** No consta | |
| 1. **Circunferencia de cabeza**   **de la madre** |  | cm |  | pulgadas | **☐** No consta | |
| 1. **Circunferencia de cabeza**   **del padre** |  | cm |  | pulgadas | **☐** No consta | |

**\*Circunferencia de la cabeza que deberá tomarse <12 horas después del nacimiento, y no después de 24 HORAS**

**3) ANOMALÍAS DE NACIMIENTO**

**Favor de llenar esta sección aun cuando no se presentaron anomalías**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Presencia de Fontanela** | **Anterior:**  **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **Posterior: Abultado**  **☐**Si **☐**No **☐**No consta **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | |
| 1. **Cefalohematoma** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **hemorragia subgaleal** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta |
| 1. **Craneosinostosis** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, especificar/describir:** | | |
| 1. **Onfalocele** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **22.Anomalías del oído** | ☐Anotia/microtia  ☐Otro (describir):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐No  ☐No consta | |
| 1. **Gastrosquisis** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **24.Labio leporino/paladar hendido** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | |
| **25.Síndrome de Down** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **26.Defectos del tubo neural, por ejemplo, espina bífida, mielomeningocele** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | |
| **27. Anomalías de la mano** | ☐Clinodactilia  ☐Dígitos faltantes  ☐Otro (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐No  ☐No consta | **28. Anomalías de los pies** | ☐Dedos de los pies muy separados  ☐ Pie deforme  ☐Otro(especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐No  ☐No consta | |
| **29. Defectos de extremidades inferiores y /o superiores** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, especificar/describir cuál extremidad/es:** |  | |
| **30. Anomalías oculares** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, especificar:** |  | |
| **31. Dismorfia facial** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de describir:** |  | |
| **32. Cualesquiera otras anomalías significativas presentes** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de describir todas:** |  | |
| **33. Trastornos genéticos familiares conocidos** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar:** |  | |
| **34. Anomalías sindrómicas identificados por el médico** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar:** |  | |

**4) OTRAS PRUEBAS Y EXÁMENES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prueba** | **Resultado** | **Si anormal, favor de describir anomalía:** | |
| **35. Oftalmoscopio** | **☐**Normal  **☐**Anormal  **☐**No se realizó |  | |
| **36. Reflejo rojo** | **☐**Presente  **☐**Ausente  **☐**No se realizo |  | |
| **37. Catarata** | **☐**Normal  **☐**Anormal  **☐**No se realizó |  | |
| **38.**  **Coriorretinitis** | **☐**Ausente  **☐**Presente  **☐**No se realizó examen |  | |
| **39. Examen de audición, por favor especifique prueba utilizada** | **☐**Normal  **☐**Anormal  **☐**No se realizó |  | |
| **40. Defectos cardíacos congénitos** | **☐**Si  **☐**No  **☐**No consta | **En caso afirmativo, favor de especificar:** |  |
| **Análisis de sangre del recién nacido** | **41. Hipotiroidismo**  **☐** Negativo  **☐** Positivo  **☐** No se realizó | **42. Fenilcetonuria**   **☐** Negativo  **☐** Positivo  **☐** No se realizó | **43. Otro (especificar:**  **☐** Negativo  **☐** Positivo |
| **44. Exceso de piel de cabeza** | **☐** Presente  **☐** Ausente | **En caso afirmativo, favor de especificar/describir** |  |
| **45.**  O**ccipucio prominente** | **☐** Presente  **☐** Ausente |  |  |
| **46.**  **Hoyuelos sobre de las articulaciones** | **☐** Presente  **☐** Ausente |  |  |
| **47.**  **Hernia umbilical** | **☐** Presente  **☐** Ausente |  |  |
| **48. Hemangiomas** | **☐** Presente  **☐** Ausente | **☐** Facial  **☐** Resto del cuerpo | **☐** Número de ellos |
| **49.**  **Paladar engrosado** | **☐** Presente  **☐** Ausente  **☐**No se realizó examen |  |  |
| **50. Cualquier otro hallazgo significativo** | **☐**Si  **☐**No | **En caso afirmativo, favor de especificar:** |  |

**5) OBSERVACIONES INICIALES DÍA 0 (≤ 24 horas post-parto)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **51. Fecha** (dd/mm/aaaa) | | **\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20 \_\_ \_\_** | | | | | | |
| **52. Temperatura Máxima** | | \_\_\_\_.\_\_°C o \_\_\_\_\_ Fahrenheit  **☐**Oral **☐**Timpánica **☐**Rectal**☐**Axilar  **☐**Otro (especificar): | | | | | | |
| **53. Frecuencia Respiratoria** | |  | | | | | respiraciones/minuto | |
| **54. Ritmo Cardiaco** | |  | | | | | latidos/minuto | |
| **55.**  **Tiempo de llenado capilar (central)** | |  | | | | | Segundos | |
| **56. Saturación periférica de O2 (SpO2)** | |  | | | | | % | |
| **57. Sistema Cardiovascular** | **☐** Normal  **☐** Anormal  **☐** No consta | **☐** Murmullo  **☐** Otro (especificar): | | | | | | |
| **58. Sistema Respiratorio** | **☐** Normal  **☐** Anormal  **☐** No consta | Si anormal, describir: | | | | | | |
| **59. Sistema Gastrointestinal** | **☐** Normal  **☐** Anormal  **☐** No consta | **☐** Ictericia **☐** Sensibilidad Abdominal  **☐** Hepatomegalia **☐** Esplenomegalia  **☐** Otro (especificar): | | | | | | |
| **60. Tipo de llanto** | **☐** Fuerte llanto normal **☐** Débil, llanto agudo o continuo  **☐** No llora **☐**Otro: | | | | | | | |
| **61. Reflejo tónico del cuello** | **☐** Presente **☐** Ausente **☐** No se realizó | | **62. Reflejo de Moro** | | | **☐**Presente **☐**Ausente **☐**No se realizó | | |
| **63. Reflejo de búsqueda** | **☐** Presente **☐** Ausente **☐** No se realizó | | **64. Reflejo de succión** | | | **☐**Presente **☐**Ausente **☐**No se realizó | | |
| **65. Reflejo de prensión** | **☐** Presente **☐** Ausente **☐** No se realizó | |  | | | **☐**Presente **☐**Ausente **☐**No se realizó | | |
| **66. Convulsión (s)** | **☐** General **☐** Focal **☐** No consta | | **En caso afirmativo, describir:** | | | | | |
| **67. Parálisis** | **☐** General **☐** Ascendente **☐** No consta | | **En caso afirmativo, describir:** | | | | | |
| **68. Hipotonía (flacidez)** | **☐** Si **☐** No **☐** No consta | | | | | | | |
| **69. La rigidez o espasticidad o aumento del tono de las extremidades** | **☐** Si **☐** No **☐** No consta | | | | **En caso afirmativo, describir:** | | | |
| **70. Contracturas** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | **En caso afirmativo, describir:** | | | |
| **71.**  **Artrogriposis** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | **En caso afirmativo, describir:** | | | |
| **72. Otros signos neurológicos\*** | **☐**Si **☐**No | | | **En caso afirmativo, describir:** | | | | |
| **73. Otros movimientos anormales\*,** por ejemplo, los movimientos de contorsión | **☐**Si **☐**No | | | **En caso afirmativo, describir:** | | | | |
| **74. Edema** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | **En caso afirmativo, describir partes afectadas:** | | | | |
| **75. Erupción** | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | **En caso afirmativo, fecha de aparición de erupción** (dd/mm/aaaa) | | | | **\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / 20 \_\_** |
| **En caso afirmativo, describir tipo de erupción** |  | | | **Distribución corporal de la erupción** | | | | |
| **76. Erupción** **maculopápular** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **77.**  **Erupción eritematosa** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **78. Erupción no escaldada** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **79. Erupción vesicular** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **80.**  **Eritema migrans** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **81. Erupción petequial o púrpura** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **82.**  **Moretones / equimosis** | **☐** Si **☐**No | | | **☐** Centrífuga **☐** Centrípeta | | | | |
| **83. Si algún otro tipo de erupción, favor de especificar** |  | | |  | | | | |

**\**Si se requiere una evaluación neuromuscular dentro de las primeras 24 horas, por favor llenar la evaluación gestacional adicional utilizando el Examen Neurológico Neonatal Hammersmith corto (Ver FRC adicional).***

**6) IMAGENOLOGÍA** (si disponibles)

Si anormales, favor de describir la anomalía y adjunte imágenes si es posible.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Neuroimagen** | **Resultados** | **si anormal, favor de resumir resultados clave del reporte:** | **Imágenes adjuntas** | **Reporte adjunto** |
| **84. Ultrasonido Craneal** | **☐** Normal **☐**Anormal  **☐**No se realizó |  | **☐**Si  **☐**No | **☐**Si  **☐**No |
| **85. Otro (especificar tipo de examen):** | **☐**Normal **☐**Anormal |  | **☐**Si  **☐**No | **☐**Si  **☐**No |
| **Otro (especificar tipo de examen):** | **☐**Normal **☐**Anormal |  | **☐**Si  **☐**No | **☐**Si  **☐**No |
| **Otro (especificar tipo de examen):** | **☐**Normal **☐**Anormal |  | **☐**Si  **☐**No | **☐**Si  **☐**No |
| **Otro (especificar tipo de examen):** | **☐**Normal **☐**Anormal |  | **☐**Si  **☐**No | **☐**Si  **☐**No |

**7) MEDICAMENTOS O CUIDADO DE SOPORTE PARA NEONATO POST PARTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **86. Enumere medicamentos suministrados dentro de las 24 horas del parto: Use nombres genéricos,**  Incluir antibióticos, antivirales, corticosteroides, inmunoglobulinas, anticonvulsivos, diuréticos u otros. | | | | | |
| **Tipo de medicamento** | **Nombre de medicamento**  (nombre genérico ) | **Dosis y frecuencia**  (por ejemplo. 40mg cuatro veces al día) | **Fecha de Inicio**  (dd/mm/ aaaa) | **Número de días duración** | **Vía de administración** |
|  |  |  |  |  | **☐**IV  **☐**Oral  **☐**Rectal |
|  |  |  |  |  | **☐**IV  **☐**Oral  **☐**Rectal |
|  |  |  |  |  | **☐**IV  **☐**Oral  **☐**Rectal |
|  |  |  |  |  | **☐**IV  **☐**Oral  **☐**Rectal |
|  |  |  |  |  | **☐**IV  **☐**Oral  **☐**Rectal |

**8) LABOR Y PARTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **87. Inicio de parto (marque solo una casilla)**  **☐** Espontaneo **☐** Inducido **☐** Sin labor  **☐** No consta | | | | | **88. Ruptura prematura de membranas previo a labor (RPM) ☐** Si **☐** No  **☐** No consta | | | | | | **89. Lugar de parto**  **☐**Casa **☐**Unidad de salud  **☐** No consta | |
| **90. Modo de parto** | **☐**Vaginal espontaneo **☐**Vaginal asistida (por ejemplo. fórceps , vacío)  **☐**Cesárea **☐**Nalgas asistido o extracción por nalgas | | | | | | | | | | | |
| **Si se indujo el parto, o se realizó una cesárea, favor de marcar todas las que apliquen:** | | | | | | | | | | | | |
| 91 Sangrado Vaginal | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 92. Enfermedad de Rhesus o anticuerpos anti-Kell | | | | **☐**Si **☐**No |
| 93. Placenta previa | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 94. Colestasis intrahepática del embarazo | | | | **☐**Si **☐**No |
| 95. Muerte Fetal | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 96. Después de término (> 42 semanas de gestación) | | | | **☐**Si **☐**No |
| 97. Hipertensión inducida por el embarazo | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 98. VIH o SIDA | | | | **☐**Si **☐**No |
| 99. Pre-eclampsia | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 100. Infección del tracto genital o enfermedades de transmisión sexual | | | | **☐**Si **☐**No |
| 101. Pre-eclampsia severa/eclampsia/HELLP | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 102. Infección que requiere antibióticos/antivirales | | | | **☐**Si **☐**No |
| 103. Presentación de nalgas | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 104. Accidente/trauma materno | | | | **☐**Si **☐**No |
| 105. Sufrimiento Fetal (FHR o BPP anormal) | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 106. Terminación del embarazo | | | | **☐**Si **☐**No |
| 107. Movimiento fetal reducido | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 108. Cesárea previa | | | | **☐**Si **☐**No |
| 109. Falta de progreso | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 110. Empeoramiento de la condición pre-existente | | | | **☐**Si **☐**No |
| 111. Desproporción céfalo-pélvica | | | | **☐**Si **☐**No | | | | En caso afirmativo, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 112. PPROM | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 113. Cualquier otra razón maternal | | | | **☐**Si **☐**No |
| 114. Ruptura Uterina | | | | **☐**Si **☐**No | | | | En caso afirmativo, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 115. Desprendimiento de la placenta | | | | **☐**Si **☐**No | | | | 116. Cualquier otra razón fetal | | | | **☐**Si **☐**No |
| 117. Sospecha de IUGR (retraso del crecimiento intrauterino) | | | | **☐**Si **☐**No | | | | En caso afirmativo, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **118. En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, especificar:** | | | | | | | | | | | | |
| **119. Peso de la placenta** | | |  | | | **☐**gramos **☐**Otras unidades (especificar): | | | | | | |
| **120. Calcificaciones de la placenta** | | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | | | | | |
| **121. Otras anomalías de la placenta** | | | **☐** Si  **☐** No  **☐** No consta | | | **En caso afirmativo, favor de especificar:** | | |  | | | |
| **Complicaciones durante el parto** | | | | | | | | | | | | |
| **122. Hemorragia** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, especificar fuente de sangrado:** | | |  | | |
| **123. Corioamnionitis** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, especificar resultado de microbiología positivo:** | | |  | | |
| **124. Hipoxia fetal** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, especificar las pruebas utilizadas.** | | |  | | |
| **125. Muestra de sangre del cuero cabelludo fetal** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, registre los resultados:** | | |  | | |
| **126. Anomalías Cardiotocograficas (CTG)** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, especificar:** | | |  | | |
| **127. Otra complicación(s)** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, especificar/describir:** | | |  | | |
| **Complicaciones posparto** | | | | | | | | | | | | |
| 128. **Complicaciones posparto (incluyendo hemorragia posparto)** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **En caso afirmativo, favor de especificar:** | | |  | | |
| **129. Hipoglucemia neonatal** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | | | | | **Favor de especificar el valor de la glucosa y la unidad:**  (Si hay varias mediciones: por favor, anotar el valor más bajo de glucosa en sangre) | | |  | | **☐** mg/dL  **☐** mmol/L |

**9) INGRESO AL HOSPITAL DEL NEONATO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **130. ¿Se ingresó al neonato al hospital?** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | |
| **131. En caso afirmativo, indique el nombre del hospital** | |  | |
| **132. Ciudad** | |  | |
| **133. Razón para la admisión**  **1 00000000000000000000000000000000000000000** | |  | |
| **Fecha de admisión** (dd/mm/aaaa) | **\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_** | **135. Duración de la estancia** (días) | \_\_\_\_\_\_ días **☐**No consta |
| **136. ¿Se ingresó al Neonato a cuidados intensivos? (ITU/PICU/NICU/PHDU)** | | **☐**Si **☐**No **☐**No consta | |
| **En caso afirmativo, favor de llenar el Formato de Reporte de Caso Virus Zika (FRC) – Módulo de Cuidados Intensivos de Neonato** | | | |

**10) RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO DEL NEONATO** Registre los resultados finales del diagnóstico basado en resultados de laboratorio, exámenes realizados, cuadro clínico y definiciones del caso. Elija la definición de caso apropiada, por ejemplo, definición de caso de la OMS o definición nacional/local y asegúrese de que la definición utilizada sea clara y compartida con todos los involucrados en el estudio. Favor de llenar el FRC Módulo de Resultados de Laboratorio de Zika Virus Neonato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patógeno** | **Diagnostico** | **Comentario** |
| **137. Virus Zika** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **138. Virus del Dengue** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **139. Virus de la Fiebre Amarilla** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **140. Virus del Nilo Occidental** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **141. Virus del Chikungunya** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **142. Toxoplasmosis** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **143. Rubéola** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **144. Citomegalovirus** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐** No analizado **☐** No consta |  |
| **145. Virus Herpes Simple** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐**No analizado **☐**No consta |  |
| **146. Otro (especificar)** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐**No analizado **☐**No consta |  |
| **Otro (especificar)** | **☐** Infección aguda confirmada  **☐** Infección aguda probable  **☐** Infección congénita confirmada  **☐** Infección congénita probable  **☐** Negativo **☐**No analizado **☐**No consta |  |

**11) RESULTADO AL DAR DE ALTA – NEONATO** llenar al dar de alta o fallecimiento

|  |
| --- |
| **147. FECHA DE ALTA (**dd/mm/aaaa**):** \_\_ / \_\_ / 20 \_\_\_\_  **148. Condición del Neonato al alta:**  **☐** Dado de alta a casa u otro lugar sin anomalías  **☐**  Dado de alta a casa u otro lugar con secuelas neurológicas (por ejemplo, convulsiones, espasticidad, hipotonía, movimientos anormales)  **☐** Dado de alta a casa u otro lugar con defecto de nacimiento  **☐**  Muerte antes del parto   **☐**  Muerte durante el parto  **149. Microcefalia como lo define el Estudio de Criterio de Inclusión):** **☐**Si **☐**No **☐**No consta  **150. Si se dio da alta con secuelas neurológicas, favor de especificar:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **151. Si se dio de alta con otra anomalía, especificar todas:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **152. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO**  **Virus Zika ☐**Positivo **☐**Probable **☐**Negativo **☐**No consta **☐**No analizado  **153. Diagnostico confirmado por:** Lab. Confirmado localmente Lab. Confirmado por laboratorio de referencia regional Otro, favor de especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **154. Definición de Caso/certeza del diagnóstico (de acuerdo con las definiciones nacionales):**  **☐** Posible **☐** Probable **☐** Confirmado  **Comentario sobre definición de caso:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **155. Si ha fallecido, favor de especificar la fecha de fallecimiento (**dd/mm/aaaa**): \_\_ / \_\_ / 20 \_\_\_**  **156. Se llevó a cabo la autopsia: ☐Si ☐No ☐No consta Fecha de autopsia: \_\_ / \_\_ / 20 \_\_\_**  **157. Cualquier otro resultado, describir todos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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

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