

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

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 (o) 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

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.*

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

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		
2. Geoposición	Latitud ____ . _____	Longitud ____ . _____
Si la geoposición no está disponible, refiera la localización a continuación		
3. Ciudad/localidad		
4. País		

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

1) DEMOGRAFÍA DEL NEONATO

5. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Incierto
6. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	____ / ____ / 20 ____
7. Edad Gestacional al nacer	____ semanas ____ días
8. Base de la estimación de la edad gestacional al nacer	<input type="checkbox"/> Último período de menstruación <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Reproducción asistida <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
9. Número de nacimiento	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Gemelar I <input type="checkbox"/> Gemelar II <input type="checkbox"/> Trillizo I <input type="checkbox"/> Trillizo II <input type="checkbox"/> Trillizo III <input type="checkbox"/> Otro: _____
10. Grupo Étnico del bebé (de acuerdo con los lineamientos nacionales)	
11. Presentación fetal en el parto	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Nalgas <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____

2) MEDIDAS DEL NEONATO AL NACER

12. Puntuación de Apgar	<input type="text"/>	1 min	<input type="text"/>	5 min	<input type="text"/>	10 min
13. Peso al nacer (<12 horas después del parto)	<input type="text"/>	gram	<input type="text"/>	libras	<input type="text"/>	onzas
14. Largo de Corona a talón	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	pulgadas	<input type="checkbox"/> No consta	
15. Circunferencia de cabeza (occipital-frontal)	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	pulgadas	<input type="checkbox"/> No consta	
16. Circunferencia de cabeza de la madre	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	pulgadas	<input type="checkbox"/> No consta	
17. Circunferencia de cabeza del padre	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	pulgadas	<input type="checkbox"/> 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

18. Presencia de Fontanela	Anterior: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	Posterior: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	Abultado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
19. Cefalohematoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	hemorragia subgaleal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
20. Craneosinostosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir:	
21. Onfalocele	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	22. Anomalías del oído	<input type="checkbox"/> Anotia/microtia <input type="checkbox"/> Otro (describir): _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
23. Gastrosquisis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	24. Labio leporino/paladar hendido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

25. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	26. Defectos del tubo neural, por ejemplo, espina bífida, mielomeningocele	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
27. Anomalías de la mano	<input type="checkbox"/> Clinodactilia <input type="checkbox"/> Dígitos faltantes <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ <hr/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	28. Anomalías de los pies	<input type="checkbox"/> Dedos de los pies muy separados <input type="checkbox"/> Pie deforme <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ <hr/> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
29. Defectos de extremidades inferiores y /o superiores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir cuál extremidad/es:	
30. Anomalías oculares	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar:	
31. Dismorfia facial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de describir:	
32. Cualesquiera otras anomalías significativas presentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de describir todas:	
33. Trastornos genéticos familiares conocidos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:	
34. Anomalías sindrómicas identificados por el médico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:	

4) OTRAS PRUEBAS Y EXÁMENES

Prueba	Resultado	Si anormal, favor de describir anomalía:
35. Oftalmoscopio	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No se realizó	
36. Reflejo rojo	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó	
37. Catarata	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No se realizó	
38. Coriorretinitis	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> No se realizó examen	
39. Examen de audición, por favor especifique prueba utilizada	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No se realizó	
40. Defectos cardíacos congénitos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

Análisis de sangre del recién nacido	41. Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No se realizó	42. Fenilcetonuria <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> No se realizó	43. Otro (especificar: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo
44. Exceso de piel de cabeza	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	En caso afirmativo, favor de especificar/describir	
45. Occipucio prominente	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
46. Hoyuelos sobre de las articulaciones	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
47. Hernia umbilical	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
48. Hemangiomas	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Facial <input type="checkbox"/> Resto del cuerpo	<input type="checkbox"/> Número de ellos
49. Paladar engrosado	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó examen		
50. Cualquier otro hallazgo significativo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, favor de especificar:	

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

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

51. Fecha (dd/mm/aaaa)		___ / ___ / 20 __	
52. Temperatura Máxima		___ . ___ °C o ___ Fahrenheit <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Timpánica <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	
53. Frecuencia Respiratoria		respiraciones/minuto	
54. Ritmo Cardíaco		latidos/minuto	
55. Tiempo de llenado capilar (central)		Segundos	
56. Saturación periférica de O ₂ (SpO ₂)		%	
57. Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> Murmullo <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	
58. Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No consta	Si anormal, describir:	
59. Sistema Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No consta	<input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Sensibilidad Abdominal <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Otro (especificar):	
60. Tipo de llanto	<input type="checkbox"/> Fuerte llanto normal <input type="checkbox"/> Débil, llanto agudo o continuo <input type="checkbox"/> No llora <input type="checkbox"/> Otro:		
61. Reflejo tónico del cuello	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó	62. Reflejo de Moro	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó
63. Reflejo de búsqueda	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó	64. Reflejo de succión	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó
65. Reflejo de prensión	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó		<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se realizó
66. Convulsión (s)	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Focal <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir:	
67. Parálisis	<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir:	
68. Hipotonía (flacidez)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
69. La rigidez o espasticidad o aumento del tono de las extremidades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir:	
70. Contracturas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir:	
71. Artrogriposis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir:	
72. Otros signos neurológicos*	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describir:	
73. Otros movimientos anormales*, por ejemplo, los movimientos de contorsión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describir:	
74. Edema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, describir partes afectadas:	
75. Erupción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, fecha de aparición de erupción (dd/mm/aaaa)	___ / ___ / 20 __

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

En caso afirmativo, describir tipo de erupción		Distribución corporal de la erupción
76. Erupción maculopápular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
77. Erupción eritematosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
78. Erupción no escaldada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
79. Erupción vesicular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
80. Eritema migrans	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
81. Erupción petequeial o púrpura	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> Centrípeta
82. Moretones / equimosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Centrífuga <input type="checkbox"/> 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) IMAGENOLÓGÍA (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	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No se realizó		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
85. Otro (especificar tipo de examen):	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro (especificar tipo de examen):	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro (especificar tipo de examen):	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otro (especificar tipo de examen):	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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
					<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal
					<input type="checkbox"/> IV

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

					<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal
					<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal
					<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal
					<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Rectal

8) LABOR Y PARTO

87. Inicio de parto (marque solo una casilla) <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Inducido <input type="checkbox"/> Sin labor <input type="checkbox"/> No consta	88. Ruptura prematura de membranas previo a labor (RPM) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	89. Lugar de parto <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Unidad de salud <input type="checkbox"/> No consta	
90. Modo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal espontaneo <input type="checkbox"/> Vaginal asistida (por ejemplo. fórceps , vacío) <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	92. Enfermedad de Rhesus o anticuerpos anti-Kell	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
93. Placenta previa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	94. Colestasis intrahepática del embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
95. Muerte Fetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	96. Después de término (> 42 semanas de gestación)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
97. Hipertensión inducida por el embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	98. VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
99. Pre-eclampsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	100. Infección del tracto genital o enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
101. Pre-eclampsia severa/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	102. Infección que requiere antibióticos/antivirales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
103. Presentación de nalgas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	104. Accidente/trauma materno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
105. Sufrimiento Fetal (FHR o BPP anormal)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	106. Terminación del embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
107. Movimiento fetal reducido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	108. Cesárea previa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
109. Falta de progreso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	110. Empeoramiento de la condición pre-existente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
111. Desproporción céfalo-pélvica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especificar: _____	
112. PPROM	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	113. Cualquier otra razón maternal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
114. Ruptura Uterina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especificar: _____	
115. Desprendimiento de la placenta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	116. Cualquier otra razón fetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
117. Sospecha de IUGR (retraso del crecimiento intrauterino)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especificar: _____	
118. En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, especificar:			
119. Peso de la placenta	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> gramos <input type="checkbox"/> Otras unidades (especificar):	
120. Calcificaciones de la placenta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

121. Otras anomalías de la placenta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:	
Complicaciones durante el parto			
122. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar fuente de sangrado:	
123. Corioamnionitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar resultado de microbiología positivo:	
124. Hipoxia fetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar las pruebas utilizadas.	
125. Muestra de sangre del cuero cabelludo fetal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, registre los resultados:	
126. Anomalías Cardiotocograficas (CTG)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar:	
127. Otra complicación(s)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar/describir:	
Complicaciones posparto			
128. Complicaciones posparto (incluyendo hemorragia posparto)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar:	
129. Hipoglucemia neonatal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> mg/dL <input type="checkbox"/> mmol/L

9) INGRESO AL HOSPITAL DEL NEONATO

130. ¿Se ingresó al neonato al hospital?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
131. En caso afirmativo, indique el nombre del hospital			
132. Ciudad			
133. Razón para la admisión			
Fecha de admisión (dd/mm/aaaa)	____ / ____ / 20 ____	135. Duración de la estancia (días)	____ días <input type="checkbox"/> No consta
136. ¿Se ingresó al Neonato a cuidados intensivos? (ITU/PICU/NICU/PHDU)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
En caso afirmativo, favor de llenar el Formato de Reporte de Caso Virus Zika (FRC) – Módulo de Cuidados Intensivos de Neonato			

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

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	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
138. Virus del Dengue	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
139. Virus de la Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
140. Virus del Nilo Occidental	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
141. Virus del Chikungunya	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
142. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
143. Rubéola	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
144. Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	

Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

145. Virus Herpes Simple	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
146. Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección congénita confirmada <input type="checkbox"/> Infección congénita probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> 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 de 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



Código de identificación del Neonato: _____ Código de identificación de la madre: _____

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 __