

FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA AVALIAÇÃO INICIAL E DESFECHO MATERNO – AIDM [1]

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

DESIGN DESTE FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO (CRF)

Existem dois conjuntos de formulários de relato de caso (CRFs) para os neonatos e as mães, que serão usados em conjunto. Os CRFs serão usados em conjunto em estudos prospectivos ou retrospectivos do tipo coorte ou caso-controle.

Esses conjuntos de CRFs serão usados por ocasião da internação e da alta ou do retorno para a residência. Se os(as) pacientes ficarem mais de 24 h internados(as), os CRFs da Avaliação inicial e do Desfecho e de Resultados laboratoriais podem ser copiados e usados para registro diário dos dados.

Em todos os estudos, recomendamos que sejam preenchidos após o parto, no mínimo, os CRFs de [1] **Avaliação inicial e desfecho materno (AIDM)** e [2] **Avaliação inicial e desfecho neonatal (AIDN)**, seguidos dos CRFs de [3] **Resultados laboratoriais maternos (RLM)** e [4] **Resultados laboratoriais neonatais (RLN)** de todos os neonatos. Se a mãe e/ou o neonato forem internados em uma Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, preencha também os CRFs [5] **Terapia intensiva materna (TIM)** e/ou [6] **Terapia intensiva neonatal (TIN)**.

Se uma gestante apresentar sintomas agudos, preencha [7] **Sintomas agudos maternos (SAM)**. Preencha também [8] **Cuidados pré-natais maternos (CPNM)** em todos os estudos.

Preencha as seções relacionadas aos desfechos nos CRFs [1] **AIDM** e [2] **AIDN** quando todos os resultados dos exames laboratoriais diagnósticos estiverem disponíveis.

COMO USAR ESTE FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO

Ao preencher os módulos, confirme se:

- A mãe ou a pessoa que compareceu à consulta, o guardião ou o representante recebeu informações sobre o estudo observacional e assinou e datou o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Os códigos de identificação (ID) do estudo foram designados tanto para a mãe/gestante quanto para o neonato, em conformidade com as diretrizes e o protocolo do hospital.
- Os códigos de identificação foram preenchidos em todas as páginas dos CRFs de papel, a confidencialidade das informações foi mantida em todos os momentos e nenhuma informação que permita a identificação do(a) paciente foi registrada nos CRFs.
- Os códigos de identificação do hospital e as informações para contato com os pacientes foram registrados em uma lista separada para permitir o acompanhamento posterior. Os formulários de contato foram mantidos separados dos CRFs em local seguro em todos os momentos.

Cada centro pode selecionar a quantidade de dados a serem coletados com base nos recursos disponíveis e no número de pacientes incluídos até o momento. Idealmente, os dados dos pacientes (mães e neonatos) serão coletados em todos os módulos do CRF, como apropriado.

Os centros com recursos muito limitados ou número muito elevado de pacientes podem selecionar os módulos de AVALIAÇÃO INICIAL E DESFECHO MATERNO/NEONATAL. A decisão fica a critério dos Investigadores do centro e pode mudar durante todo o período de coleta de dados. Todos os dados de alta qualidade são valiosos para análise.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os CRFs foram elaborados para coletar dados obtidos por meio do exame dos pacientes, de entrevistas detalhadas com os pais/guardiões/representantes dos neonatos e da revisão dos prontuários hospitalares.
- Os códigos de identificação devem ser preenchidos em todas as páginas dos CRFs de papel (mãe e neonato).
- Preencha todas as linhas de todas as seções, exceto quando as instruções orientarem a pular uma seção com base em certas respostas.
- As opções com quadrados () só admitem uma resposta (marque somente uma opção). As opções com círculos (o) admitem várias respostas (marque todas as opções aplicáveis).
- É importante saber quando a resposta a uma questão específica é desconhecida. Marque o campo “Não sei” nesse caso.
- Algumas seções têm áreas em aberto às quais você pode adicionar informações. Para permitir a entrada dos dados padronizados, evite adicionar informações fora dessas áreas.
- Recomendamos escrever claramente com caneta azul ou preta, em LETRAS DE FORMA MAIÚSCULAS.
- Marque as opções selecionadas com um (X). Se precisar fazer alguma correção, risque (----) as informações que deseja excluir e escreva as informações corretas acima do trecho riscado. Rubrique e date todas as correções.
- Mantenha juntas todas as folhas de cada mãe e neonato incluídos no estudo (por exemplo, grampeadas ou em uma pasta exclusiva para esses pacientes).
- Entre em contato conosco se precisar de ajuda ao preencher os itens do CRF, se tiver algum comentário e para nos informar que está usando os formulários. Contate a Dra. Gail Carson por e-mail: gail.carson@ndm.ox.ac.uk

Isonção de responsabilidade: Esses CRFs destinam-se a ser usados como um documento padronizado para coleta de dados clínicos nos estudos que investigam o vírus Zika. Os investigadores do estudo são responsáveis pela utilização desses CRFs. A ISARIC e os autores do CRF eximem-se de responsabilidade sobre a utilização do CRF modificado ou do CRF padronizado para outros propósitos que não os pretendidos. *Os problemas relacionados à formatação estão sendo resolvidos. Os documentos em formato Word estão disponíveis para que seja possível adaptar e traduzir os CRFs; entretanto, podem haver problemas entre Macs e PCs. Também estão disponíveis documentos em formato PDF, que devem manter sua formatação em ambos os tipos de máquinas.*

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Defina os critérios apropriados para cada estudo em conformidade com as diretrizes nacionais mais recentes. Certifique-se de que o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado.

Data e hora da assinatura do termo de consentimento (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / 20 ____

Hora: ____: ____ horas

Assinatura da pessoa que obteve o consentimento: _____

Nome e função (em letra de forma): _____

1. Nome do centro/clinica/hospital		
2. Posição geográfica	Latitude ____ . _____	Longitude ____ . _____
Se a posição geográfica não estiver disponível, informa a localidade abaixo:		
3. Cidade/município		
4. País		
5. Sintomas agudos na gestante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a resposta for sim, preencha a ficha de Sintomas agudos maternos	

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

1) DADOS DEMOGRÁFICOS MATERNOS

6. Data de nascimento (dd/mm/aaaa)		__ / __ / _____	
7. Grupo étnico (em conformidade com as diretrizes nacionais)			
8. Cidade/município/localidade de residência durante esta gestação			
Cidade/município/localidade:		Data de (mm/aaaa)	A (mm/aaaa)
9. Ocupação			
10. Altura		<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> outra unidade (especifique):	
11. Peso (antes da gravidez, especifique ou estime):		<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> outra unidade	12. Peso atual
			<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> outra unidade
13. Afecções genéticas pelo lado materno ou paterno		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique:
14. Número de gestações anteriores (à exceção da atual)		15. Número de nascimentos anteriores com mais de 22 semanas de gestação	
16. Algum dos bebês nascidos anteriormente foi (marque todas as opções aplicáveis):		<input type="checkbox"/> Prematuro (<37 semanas de gestação) <input type="checkbox"/> Natimorto ou morreu no período perinatal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
17. Algum dos bebês nascidos anteriormente pesou (marque todas as opções aplicáveis):		<input type="radio"/> < 2,5 kg <input type="radio"/> > 4,5kg <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	18. Algum dos bebês nascidos anteriormente apresentava microcefalia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
19. Algum dos bebês nascidos anteriormente apresentava outras anomalias congênitas?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique:
20. Consanguinidade		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
21. Se o bebê ainda não nasceu, qual é a idade gestacional no momento?		semanas	dias
22. Se o bebê ainda não nasceu, qual a data estimada do parto (dd/mm/aaaa)		__ / __ / 20 __	
23. Data estimada da concepção (dd/mm/aaaa)		__ / __ / 20 __	
24. Número de bebês nesta gestação		<input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Dois <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Outro, especifique:	

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

25. Viagem nacional ou internacional durante esta gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique todos os países ou regiões visitadas abaixo:	
País/região visitada	Data da visita (dd/mm/aaaa)
	Duração da visita (dias)

2) COMORBIDADES CRÔNICAS MATEERNAS

26. Doença cardiovascular crônica¹	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
27. Doença pulmonar crônica²	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
28. Transtornos hematológicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique:	
29. Doença renal crônica³	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
30. Doença hepática crônica - moderada ou grave⁴	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
31. Doença neurológica crônica⁵	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique:	
32. Paralisia existente antes desta gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique as partes do corpo afetadas:	
33. Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
34. Diabetes tipo 2 tratada com medicamentos orais ou dependente de insulina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
35. Outra doença endócrina⁶	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
36. Doença reumatológica⁷	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
37. Imunossupressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
38. HIV⁸	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

¹ Inclui doença arterial coronariana, doença cerebrovascular (AVC), hipertensão (pressão diastólica >100 mmHg), doença arterial periférica, cardiopatia reumática, cardiopatia congênita e insuficiência cardíaca. www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/

² Doenças pulmonares crônicas que causem limitações no fluxo aéreo pulmonar (denominadas previamente de enfisema, bronquite crônica), diagnosticadas por espirometria ou sinais clínicos (por exemplo, falta de ar e aumento do tempo de expiração forçada). www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/en/

³ Creatinina >3 mg% (265 umol/l), diálise, transplante, síndrome urêmica

⁴ Cirrose com hipertensão portal +/- sangramento devido a varizes esofágicas

⁵ Transtornos do sistema nervoso, como, por exemplo, epilepsia, esclerose múltipla, doença de Parkinson, síndromes dolorosas crônicas, lesões cerebrais crônicas, ELA, etc.

⁶ Hipopituitarismo, insuficiência adrenal, acidose recorrente

⁷ LES, poliomielite, polimialgia reumática, transtornos mistos do tecido conectivo

⁸ Infecção por HIV-1 ou HIV-2 confirmada laboratorialmente (a despeito da percentagem/contagem de linfócitos CD4 ou da carga viral do HIV no sangue), ou paciente com doença definidora de AIDS.

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

Se a resposta for sim, está em uso de terapia antirretroviral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
39. Contagem de células CD4	<input type="checkbox"/> <200 células/ μ L <input type="checkbox"/> 200-499 células/ μ L <input type="checkbox"/> \geq 500 células/ μ L <input type="checkbox"/> Não sei
40. Outro tipo de imunossupressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique:	
41. Qualquer outra comorbidade crônica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
Se a resposta for sim, especifique:	

3. MEDICAMENTOS USADOS DURANTE ESTA GESTAÇÃO (antes do início do episódio atual da doença)

42. Tratamento de dor ou febre	Acetaminofeno/paracetamol <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	AINEs <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
	Outros (especifique):
43. Anticonvulsivantes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:
44. Medicamentos antieméticos durante essa gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:
45. Vitaminas pré-natais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se a resposta for sim, especifique o nome genérico:

4. OUTROS MEDICAMENTOS USADOS DURANTE ESTA GESTAÇÃO

46. Histórico de uso de medicamentos Liste todos os outros medicamentos tomados pela paciente durante esta gestação, incluindo antibióticos, antivirais e outros medicamentos de uso regular, como fitoterápicos e medicamentos não licenciados. Liste, se possível, os nomes genéricos.	
Medicamentos, fitoterápicos ou outros (incluindo medicamentos não licenciados)	Via de administração
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> outra:

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

5. CONSUMO DE TABACO, ÁLCOOL, DROGAS E HEMOTRANSFUSÕES

47. Tabagismo durante esta gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique a média diária:	<input type="checkbox"/> <10 cigarros por dia <input type="checkbox"/> ≥10 cigarros por dia
48. Consumo de álcool durante esta gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique a média diária: Especifique o tipo _____	<input type="checkbox"/> Menos que 1-2 drinques com álcool ⁹ por dia <input type="checkbox"/> 2-5 drinques com álcool por dia <input type="checkbox"/> >5 drinques com álcool por dia
49. Uso de drogas ilícitas e recreativas durante esta gestação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Se a resposta for sim, especifique todos os tipos de drogas usadas e a via de administração:	
50. A paciente recebeu hemotransfusão?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	Especifique/estime a data da última hemotransfusão e o motivo da transfusão:	

6. HISTÓRICO DE IMUNIZAÇÕES MATERNO

Vacina	Imunizada?	Data da última dose (dd/mm/aaaa)
51. Rubéola	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
52. Sarampo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
53. Caxumba	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
54. Pertussis acelular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
55. Varicela	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
56. Tétano	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
57. Difteria	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
58. Pólio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
59. Influenza sazonal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
60. Febre amarela	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
61. Encefalite japonesa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
62. Encefalite transmitida por carrapatos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
63. Vírus da dengue	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
64. Alguma outra vacina foi administrada durante esta gestação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se a resposta for sim, especifique:	
Alguma outra vacina foi administrada durante esta gestação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei Se a resposta for sim, especifique:	

7. DESFECHO DAS DOENÇAS MATEERNAS DIAGNOSTICADAS Registre os desfechos finais das doenças diagnosticadas nas mães com base nos resultados laboratoriais, no quadro clínico e nas definições de caso. Escolha a definição de caso apropriada (por exemplo, definições de caso nacionais/locais ou da OMS) e certifique-se de que as definições usadas são claras e foram compartilhadas com todos os envolvidos no estudo.

⁹ Definimos um drink como qualquer bebida alcoólica, como, por exemplo, uma taça de vinho, um copo de cerveja ou um coquetel

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

Patógeno	Diagnóstico	Data de início (dd/mm/aaaa)	Comentários
65. Vírus Zika	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
66. Vírus da dengue	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
67. Vírus da febre amarela	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
68. Vírus do Nilo Ocidental	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
69. Vírus Chicungunya	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
70. Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
71. Rubéola	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
72. Citomegalovírus	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia	__ / __ / 20 __	

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei		
73. Vírus do herpes simples	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
74. Sífilis	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não testado <input type="checkbox"/> Não sei	__ / __ / 20 __	
75. Outras (especifique):	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo	__ / __ / 20 __	
Outras (especifique):	<input type="checkbox"/> Infecção aguda confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção aguda <input type="checkbox"/> Infecção prévia confirmada <input type="checkbox"/> Provável infecção prévia <input type="checkbox"/> Negativo	__ / __ / 20 __	

8) DESFECHO FINAL

Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

Desfecho	Detalhes
76. Data de alta/retorno para a residência (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 ____
77. Desfecho materno por ocasião da alta/retorno para a residência	<input type="checkbox"/> Alta/retorno para a residência sem sequelas <input type="checkbox"/> Alta/ retorno para a residência com sequelas <input type="checkbox"/> Morte
Em caso de alta/retorno para a residência com sequelas, descreva-as:	
78. Em caso de morte, especifique a data (dd/mm/aaaa)	__ / __ / 20 ____
79. Desfecho do parto	<input type="checkbox"/> Nascido vivo <input type="checkbox"/> Morte anteparto <input type="checkbox"/> Morte intraparto <input type="checkbox"/> Aborto espontâneo <input type="checkbox"/> Aborto terapêutico
80. Infecção materna pelo vírus Zika	<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não testada
81. Como foi confirmado o diagnóstico?	<input type="checkbox"/> Confirmado laboratorialmente pelo laboratório do hospital local <input type="checkbox"/> Confirmado laboratorialmente pelo laboratório de referência nacional <input type="checkbox"/> Confirmado laboratorialmente pelo laboratório de referência internacional <input type="checkbox"/> Outra opção, especifique: _____
82. Outros desfechos maternos (especifique todos):	



**FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO DO VÍRUS ZIKA
AVALIAÇÃO INICIAL E DESFECHO MATERNO – AIM [1]**



Código de identificação da mãe: _____ Código de identificação do neonato: _____

9) FORMULÁRIO DE RELATO DE CASO PREENCHIDO POR

Nome e função			
Assinatura		Data (dd/mm/aaaa)	__/__/20__