

Anexo 4b. Ficha de Investigación de Sospecha de Síndrome de Zika Congénito.

Este anexo debe ser completado por el profesional de la Clínica de Infecciones congénitas del Hospital Nacional de Niños (HNN) o por las COLOVEs en caso de RN fallecidos que no lleguen a la CIC:

1. Dejar una copia en el archivo de Zika de la CIC-HNN para completar en próximas citas.
2. Informar del caso a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del HNN.
3. Remitir una vez completada a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del HNN.

Llene esta ficha para todo recién nacido con microcefalia o sospecha de Síndrome de Zika congénito

Establecimiento de salud	Nombre de quien reporta	Fecha de investigación / /	Teléfono de establecimiento
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------

IDENTIFICACIÓN	Apellido1 niño (a)	Apellido2 niño (a)	Nombre niño (a)	Identificación niño (a)
	Provincia residencia madre	Cantón residencia madre	Distrito residencia madre	Teléfono
	Señas de la dirección exacta			

DATOS DEL NIÑO (A)	Fecha de nacimiento / / Día Mes Año	Fecha de detección / / Día Mes Año	Edad actual / / Años Meses Días	Sexo <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Costarricense <input type="checkbox"/> Extranjero	Establecimiento de salud donde nació:
	Peso al Nacer g	Edad gestacional sem	Manifestaciones clínicas Sí No Desconocido Fecha Dx			
	Talla al Nacer cm	Clasificación del RN ej. RNTAEG	Microcefalia (verificar con gráficas según edad gestacional y sexo) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / /			
	Perímetro cefálico al nacimiento: cm		Otros defectos SNC incluye sordera (si es si indique cuales) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / /			
	Perímetro cefálico a las 24 horas nacido: cm		Defectos oculares (si es si indique cuales) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / /			
	Perímetro cefálico actual o último tomado: cm		Defectos articulares (si es si indique cuales) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / /			
	Edad del niño Fecha: / /		Otras anomalías congénitas (especifique) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / /			
	Otras enfermedades o hallazgos encontrados al ex. físico <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> Sí		¿Está el niño vivo? <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Sí Fecha falleció / /			
	Si falleció, se le realizó autopsia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Diagnóstico Anatómico Final					
	DATOS DE LA MADRE		Apellido1, Apellido2, Nombre de la Madre		Edad de la madre al parto Años	Cédula o identificación
Nº embarazos	Nº partos	Atención prenatal				
Nº abortos	Nº nacidos vivos	¿Tuvo control prenatal para éste embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha 1º cita: / /				
		¿Tuvo enfermedad similar a Zika durante embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mes de gestación mes				
		¿Se le diagnosticó clínicamente Zika durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mes de gestación mes				
		¿Se le confirmó Zika por laboratorio (PCR) durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mes de gestación mes				

LABORATORIO Y GABINETE EN EL NIÑO@	Datos de exposición y enfermedad materna (opcional en anexo b)					Otros riesgos en el embarazo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique	
	¿Se expuso a un caso de zika durante el emb? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Lugar: _____ ¿Viajó a zona de amplia circulación del virus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Lugar: _____ ¿Tomó algún medicamento en el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cuál Trim _____ ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cual Trim _____						
LABORATORIO Y GABINETE EN EL NIÑO@	Laboratorio	Fecha de toma o solicitud	Fecha de resultado	Resultados			
				Pos	Neg	Especifique	
	PCR Zika Sangre () orina () LCR ()	/ /	/ /				
	IgM ZIKA	/ /	/ /				
	RUBEOLA	/ /	/ /				
	CMV	/ /	/ /				
	TOXOPLASMA	/ /	/ /				
	SÍFILIS	/ /	/ /				
	Otra infec cong VIH, parvo,herpes,	/ /	/ /				
	US DE CEREBRO	/ /	/ /				
	RMI/TAC/EEG (En caso de realizado)	/ /	/ /				
	FONDO DE OJO	/ /	/ /				
	TAMIZAJE AUDITIVO	/ /	/ /				
EOA o potenciales evocados							
Otro:	/ /	/ /					
OBSERVACIONES/NOTIFICACIÓN	Información relevante de la consulta en la clínica de infecciones congénitas						
	Caso referido neurología <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
	Caso referido a pediatría <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
	Caso referido a neurodesarrollo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
	Caso referido a genética <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
	Caso referido a cuidados paliativos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
	Caso referido a _____ <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /						
Clasificación (uso de la comisión) <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Confirmado		Si se confirma, determinar: (uso de la comisión) <input type="checkbox"/> Síndrome de Zika Congénito <input type="checkbox"/> Infección Congénita por Zika			Si se descarta, determinar: (uso de la comisión) <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> Herpes Congénito <input type="checkbox"/> HIV congénito <input type="checkbox"/> Rubéola vacunal <input type="checkbox"/> Sífilis congénito <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> Otro:		
Origen caso (uso de la comisión) <input type="checkbox"/> Autóctono <input type="checkbox"/> Importado		Pendientes para clasificar el caso: (uso de la comisión)					
Médico responsable del cuidado del niño			Firma y sello de unidad				
Nombre de la persona que recolecta la información							
FECHA RECEPCION MS-CCSS..... FECHA RECEPCION CREC							
AREA: / / REGIONAL		/ / CENTRAL		/ / CREC			