

1ERA PARTE: DATOS DE LA MADRE

I. DATOS DE NOTIFICACIÓN

1. Fecha de atención médica o investigación de datos de madre	Día Mes Año	2. Fecha de notificación de datos de madre	Día Mes Año
3. DIRIS/DIRESA/GERESA notificante:	4. RED notificante:		
5. Micro Red Notificante:	6. Establecimiento de salud notificante:		
7. INSTITUCIÓN: <input type="checkbox"/> MINSA <input type="checkbox"/> EsSalud <input type="checkbox"/> FFAA/FFPP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> INPE <input type="checkbox"/> Otro _____			

II. DATOS GENERALES DE LA MADRE

8. Gestante <input type="checkbox"/>	9. Puerpera <input type="checkbox"/>	Solo al captar un RN con malformación congénita con relación probable a zika	10. Otros (Post aborto) <input type="checkbox"/>	Solo en caso de aborto con relación probable a zika
11. DNI/Pasaporte/ced. Extranjeria (dato de codificación)	12. Teléfono/Celular		13. Historia clínica	

14. Apellido Paterno	15. Apellido Materno	16. Nombres	17. Nacionalidad
Día Mes Año		<input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Afro descendiente <input type="checkbox"/> Andino	<input type="checkbox"/> Indígena amazónico <input type="checkbox"/> Asiático descendiente <input type="checkbox"/> otro.
18. Fecha de nacimiento	19. Edad (años)	20. Etnia	20.1. Pueblo étnica
		21. Ocupación	

2.1. Dirección de residencia actual de la madre

22. País	23. Departamento	24. Provincia	25. Distrito	26. Localidad de residencia actual				
26.1 Procedencia <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Urbano marginal <input type="checkbox"/> Rural campesina	27. Tipo de vía: <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Jirón	28. Nombre de la vía	29. Manzana	30. Lote	31. Número de puerta	32. Block	33. Interior	34. Kilómetro
<input type="checkbox"/> Pasaje		Referencia						
35. Agrupamiento Humano: <input type="checkbox"/> AAHH <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Urbanización			<input type="checkbox"/> Centro poblado	<input type="checkbox"/> Caserío	<input type="checkbox"/> Otros			
36. Nombre del agrupamiento humano			37. Sector					
37.1 Establecimiento de salud más cercano a zona de residencia								

III. ANTECEDENTE EPIDEMIOLÓGICO DE LA GESTACIÓN

38. ¿Antecedentes de residencia o viaje a "ZONAS DE TRASMISIÓN" de "ZIKA" en las últimas dos semanas (14 días) antes de presentar sintomatología para zika?

SI NO

38.1 ¿Indique cual fue la "ZONAS DE TRASMISIÓN" de "ZIKA" que estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de presentar sintomatología para zika?

desde...../...../..... hasta...../...../.....
desde...../...../..... hasta...../...../.....

39. País 40. Departamento 41. Provincia 42. Distrito 43. Localidad 44. Dirección 44.1 Fecha de permanencia

45. Antecedentes familiares de malformaciones congénitas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGN	46. Antecedentes de relaciones sexuales con pareja POSITIVA a zika previa a la gestación y/o primer o segundo trimestre de gestación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> IGN						
47. Recibió vacuna: Fiebre amarilla <input type="checkbox"/> 1er <input type="checkbox"/> 2da	Dosis	Año	Dosis	Año	Otra vacuna arboviral: Cual?.....	1er	2da
48. Tiene comorbilidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	49. ¿Cuál? Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Obesidad <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Otros			

IV. DATOS CLÍNICOS Y LABORATORIALES DURANTE LA GESTACIÓN

50. Fecha de última regla: Día Mes Año	51. Edad gestacional	Semanas	52. Fecha probable de parto	Día Mes Año
--	----------------------	---------	-----------------------------	-----------------------

53. ¿Usted presenta actualmente o presentó durante su gestación alguna sintomatología de ZIKA? SI NO No recuerda

54. Fecha de inicio de síntomas Día Mes Año	55. ¿Cuáles son o fueron los primeros signos y síntomas en los primeros 7 días de enfermedad de zika, durante su gestación? marcar con "X" o consigar dato
---	--

Rash / exantema <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prurito o escozor <input type="checkbox"/>	Mialgias <input type="checkbox"/>	Edema periartricular <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de rash Día Mes Año	Conjuntivitis no purulenta (ojos rojos) <input type="checkbox"/>	Artralgias <input type="checkbox"/>	Manifestaciones neurológicas <input type="checkbox"/>
	Fiebre ≤ 7 días de evolución <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Temp actual °C	a. Manos <input type="checkbox"/> Especifique:
	Cefalea: leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> severa <input type="checkbox"/>	b. Pies <input type="checkbox"/> Otros:	

56. Hallazgos Imagenológicos durante la gestación SI NO

57. Informe ecográfico con probable microcefalia fetal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No refiere	Fecha de informe: Día / Mes / Año
58. Informe ecográfico con probable calcificación intracranial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No refiere	Fecha de informe: Día / Mes / Año
59. Informe ecográfico con ventriculomegalia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No refiere	Fecha de informe: Día / Mes / Año
60. Informe ecográfico con otras alteraciones del sistema nervioso central <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No refiere	Fecha de informe: Día / Mes / Año
61. Especifique otras alteraciones del sistema nervioso central	Cod.CIE

62. Informe ecográfico con otras alteraciones fuera del sistema nervioso central <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No refiere	9. Fecha de informe: Día / Mes / Año
<input type="checkbox"/> Polihidramnios <input type="checkbox"/> Oligohidramnios <input type="checkbox"/> Artrogripesis <input type="checkbox"/> Restricción del crecimiento intrauterino	
Otros	Cod.CIE

63. Evolución de la gestante

64. Hospitalizada <input type="checkbox"/>	65. Fecha de ingreso	Día Mes Año	66. Lugar (establecimiento de salud u otros)	Servicio	70. Fecha de alta
67. Referida <input type="checkbox"/>	68. Fecha de referencia				Día Mes Año
69. Fallecida <input type="checkbox"/>	69.1 Fecha de fallecida				69.2 Fallecido relacionado a zika

71. Complicación durante el embarazo SI NO 71.1 ¿Cual? 71.2 Código CIE SI NO INV

72. Marque con "X" si tuvo algún resultado "POSITIVO" a una de las siguientes pruebas:

Toxoplasmosis <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	Citomegalovirus <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	Fecha de toma de muestra TORCH	Día Mes Año	Sífilis ≥8DIL <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	Fecha de toma de muestra
Rubéola <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	Herpes <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgG	Día Mes Año		VIH <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	Día Mes Año

73. ¿Se tomó muestras de "LABORATORIO" durante la gestación?

74. Prueba molecular suero zika <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de toma de muestra	Día Mes Año	75. Prueba molecular Orina zika <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de resultado	Día Mes Año	76. Otra prueba:.....	Resultado	Día Mes Año
	Día Mes Año			Día Mes Año			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Día Mes Año
							<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	
							<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	

77. Observaciones generales: _____

V. CLASIFICACIÓN DE ZIKA DURANTE LA GESTACIÓN (llenar solo cuando la madre se capta en etapa de gestación)

78. Probable 79. Confirmado 80. Descartado 81. Asintomática confirmada a zika

VI. INVESTIGADOR

Nombre del profesional de salud quien llena datos de la madre	Teléfono	Firma y sello
Nombre del resp. epidemiología que realiza investigación y/o control de calidad	Teléfono	Firma y sello

IGN = Ignorado, AAHH=asentamiento humano, IgM= Inmunoglobulina M, VIH= Virus de Inmunodeficiencia Humana. La fecha de ultima regla y fecha probable de parto se obtendrá de la tarjeta de gestación. Los datos de la gestante se podrán actualizar hasta la gestación o nacimiento. Asintomática confirmada a zika= Gestantes con prueba laboratorial positiva a zika sin referir sintomatología. La muestra para zika esta contemplada solo durante el período de gestación de la madre.



2DA PARTE: DATOS DEL PRODUCTO DE GESTACIÓN (ÓBITO O RECIÉN NACIDO PROBABLE INFECCIÓN CONGÉNITA RELACIONADA A ZIKA)

Para iniciar el llenado de la 2 DA PARTE DE LA FICHA es OBLIGATORIO el llenado de la 1ERA PARTE DE LA FICHA

VII. DATOS DE NOTIFICACIÓN DEL PRODUCTO DE GESTACIÓN

82. Fecha de ATENCIÓN MÉDICA o INVESTIGACIÓN
de los datos del término de gestación o nacimiento

Día Mes Año

83. Fecha de NOTIFICACIÓN de los datos
de término de gestación o nacimiento

Día Mes Año

84. DIRIS/DIRESA/GERESA que notifica:

85. Red que notifica:

86. Micro RED que notifica:

87. Establecimiento de salud notificante:

VIII. DATOS GENERALES DEL PRODUCTO DE GESTACIÓN

88.DNI/Pasaporte/ced extranjería de la Madre
(dato de codificación)

Día Mes Año

89. ¿A qué número de hijo o número de gestación
correspondería? (dato de codificación)

Día Mes Año

90. Estado del producto de gestación: Aborto Óbito Recién nacido vivo (RN) Muerte neonatal precoz Muerte neonatal tardía91. Fecha de parto (nacimiento) ó
culminación de embarazo (aborted o
óbito):

Día Mes Año

 Vaginal Cesárea Otro:.....

92. Fecha de fallecimiento

Día Mes Año

91.1 Tipo de Parto

IX. DATOS GENERALES, CLÍNICOS, IMAGENOLÓGICOS Y LABORATORIALES DEL ÓBITO o RECIÉN NACIDO

93. Apellido Paterno recién nacido

94. Apellido Materno recién nacido

95. Nombres recién nacido

96. Tipo de documento de identidad del RN: DNI C E Pasaporte 97. N° de documento de identidad /CUI del RN (dato de codificación)98. Sexo: F M

99. Medidas antropométricas

100. Peso al nacer (gramos)

101. Talla al nacer (cm)

102. Edad gestacional al nacer

103. Perímetro cefálico al nacer (CON UN DECIMAL)

104. Perímetro cefálico a las 24h post parto (CON UN DECIMAL)

105. ¿Presenta el óbito o recién nacido alguna anomalía congénita? SI NO

106. Anormalidades neurológicas

 Microcefalia Otros cambios morfológicos de la cabeza Encefalocele Piel del cuero cabelludo redundante
 Otros

107. Contracturas congénitas

 Artrrogiposis Pie zambo Otros

108. Secuelas neurológicas

 Hipertonicidad Convulsiones Irritabilidad/llanto excesivo Otros

109. Anomalías oculares

 Retinopatía Atrofia del nervio óptico Estrabismo Otros

110. Otros

 Hipoacusia Pequeño para la edad gestacional Disfagia Movimientos distónicos
 Exceso de piel en nuca Otros

111. HALLAZGO EN ECOGRAFIA TRANSFONTANELAR (ET), TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) O RESONANCIA MAGNETICA (RM)

 Ventriculomegalias Calcificaciones Atrofia cortical Atrofia del cuerpo calloso con calcificaciones
 Hipoplasia cerebral-cerebelosa Otros

112. Evolución recién nacido

Fecha de toma de muestra

113. Hospitalizado SI NO

114. Fecha de ingreso

Día Mes Año

116. Referido SI NO

117. Fecha de referencia

115. IPRESS de hospitalización

119. Alta SI NO

120. Fecha de alta

118. IPRESS de referencia

121. IPRESS de donde sale de alta

122. El recién nacido tiene resultado "POSITIVO" a una de las siguientes pruebas:

Toxoplasmosis IgM IgGCitomegalovirus IgM IgG
Rubéola IgM IgGHerpes IgM IgGFecha de toma de muestra TORCH
Día Mes AñoFecha de toma de MUESTRA
Día Mes AñoNo se le realizó

123.- ¿Se tomaron muestras de laboratorio para ZIKA el óbito o recién nacido?

124. Tipo de muestra

Prueba molecular 1er muestra Suero Orina LCR
Prueba molecular 2da muestra Suero Orina
Elisa IgM 1er muestra Suero
Elisa IgM 2da muestra Suero
Histopatología en tejido materno fetal
Otra prueba:.....125. Fecha toma de muestra
Día Mes Año

126. Resultado

 Positivo Negativo
 Positivo Negativo
 Positivo Negativo
 Positivo Negativo
 Positivo Negativo
 Positivo Negativo127. Fecha toma de resultado
Día Mes Año

128. Observaciones generales: _____

X. CLASIFICACIÓN ZIKA EN ÓBITO O RECIÉN NACIDO

Probable Confirmado Descartado

129. Recién nacido/a expuesto a zika sin síndrome congénito

130. Infección congénita relacionada a zika

VI. INVESTIGADOR

Nombre del profesional de salud quien llena datos de la madre

Teléfono

Firma y sello

Nombre del resp. epidemiología que realiza investigación y/o control de calidad

Teléfono

Firma y sello