



PERÚ

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO DE GESTANTES CON SOSPECHA O CONFIRMACION DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA



I. DATOS DE NOTIFICACIÓN

1. DISA/DIRESA/GERESA: [] 2. EESS notificante: [] 3. Apellidos y Nombres: []

II. DATOS CLINICOS Y EPIDEMIOLOGICOS

4. Refiere antecedente de compañero sexual con criterios de caso sospechoso/confirmado de la infección por virus Zika. [Si] [No] 5. Probable vía de transmisión: Pícadura mosquito [] Sexual [] Sanguínea [] 6. Informe ecográfico con probable microcefalia fetal/calcificación intracraneal [Si] [No] 7. Fecha de Informe: [] / [] / [] 8. Informe ecográfico con otra probable patología fetal [Si] [No] 9. Fecha de Informe: [] / [] / [] 10. Especifique: []

III. OTROS EXAMENES DE LABORATORIO

11. Se realizo pruebas Toxoplasmosis [] Rubeola [] Citomegalovirus [] Herpes [] Sifilis [] VIH [] 12. Resultados: Reactivo/ Positivo [] 13. Especifique: []

IV. GESTACION ACTUAL Y ATENCION PRENATAL

14. Atención prenatal [Si] [No] 15. N° total de APN [] 16. EG (1era APN) [] Sem 17. Fecha de UR: [] / [] / [] 18. Tuvo complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio: [Si] [No] 19. Especifique - CIE 10: []

V. CLASIFICACIÓN

[] SOSPECHOSO [] CONFIRMADO [] DESCARTADO

VI. SEGUIMIENTO

21. Examen ecográfico de seguimiento [Si] [No] 22. Fecha de examen ecográfico [] / [] / [] EG: [] 23. PC [] Examen ecográfico de seguimiento [Si] [No] Fecha de examen ecográfico [] / [] / [] EG: [] PC [] Examen ecográfico de seguimiento [Si] [No] Fecha de examen ecográfico [] / [] / [] EG: [] PC [] Examen ecográfico de seguimiento [Si] [No] Fecha de examen ecográfico [] / [] / [] EG: [] PC [] Examen ecográfico de seguimiento [Si] [No] Fecha de examen ecográfico [] / [] / [] EG: [] PC [] 24. Inf. ecográfico con probable microcefalia fetal/calcificación intracraneal [Si] [No] 25. Fecha de Dx. ecográfico: [] / [] / [] 26. Otras conclusiones y hallazgos []

VII. DATOS DEL PARTO Y RECIEN NACIDO

27. Finalización del embarazo: Parto por Cesarea [] Parto vaginal [] Aborto [] 28. Fecha de parto o aborto: [] / [] / [] 29. Hora de parto o aborto: [] hh/mm 30. Recién nacido: RN vivo [] Obito [] RN fallecido primeras horas de vida [] 31. Fecha defunción RN: [] / [] / [] 32. Hora de defunción RN: [] hh/mm 33. Peso al nacer (gramos) [] 34. Talla al nacer (cm) [] 35. Edad gestacional al nacer [] 36. Perimetro cefalico al nacer CON UN DECIMAL* [] [] [] 37. Microcefalia [Si] [No] 38. Presenta el feto/RN otra anomalía congénita [Si] [No] 39. Cuál o cuáles [] 40. Otros exámenes radiológicos [Eco cerebral] [RMN] [TAC] [Ninguno] 41. Conclusiones y hallazgos []

Indique si se le tomaron muestras de tejido o sangre para identificar presencia del Zika:

42. Sangre [Si] [No] Fecha Toma de Muestra [] / [] / [] Fecha del resultado [] / [] / [] Resultado Positivo [] Negativo [] 43. Orina [Si] [No] Fecha Toma de Muestra [] / [] / [] Fecha del resultado [] / [] / [] Resultado Positivo [] Negativo [] 44. Tejido [Si] [No] Fecha Toma de Muestra [] / [] / [] Fecha del resultado [] / [] / [] Resultado Positivo [] Negativo [] 45. Líquido amniótico [Si] [No] Fecha Toma de Muestra [] / [] / [] Fecha del resultado [] / [] / [] Resultado Positivo [] Negativo []

46. Observaciones: []

VIII. INVESTIGADOR

Nombre del Investigador [] Cargo: [] Firma y Sello []

* Considerar toma de perimetro cefálico 24 horas después del parto.