

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

DISEÑO DE ESTE FORMATO DE REPORTE DE CASO (FRC)

Existen dos juegos de Formatos 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 FRC se deberán utilizar en la admisión y alta/al irse al hogar. Para cualquier paciente admitido por más de 24 horas, los Formatos de la Referencia Inicial y Resultado y el FRC de Resultados de Laboratorio se pueden fotocopiar y usar 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 Formato de consentimiento informado.
- Los códigos de Identificación del estudio serán asignados tanto a la madre/mujer embarazada y el neonato según el protocolo y lineamientos 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 Formatos 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 espacios abiertos en donde puede escribir información adicional. Para permitir el registro de datos estandarizados, favor de evitar escribir información adicional fuera de estos espacios.
- 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 incluido en el estudio por ejemplo con una grapa o en una carpeta que sólo es 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 Formatos. 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.*

CRITERIOS DE INCLUSION

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

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: ____: ____ horas Firma de la persona que recibe el consentimiento: _____ Escriba en letra de molde el nombre y puesto de trabajo: _____ .

1. Nombre de sitio/clínica/hospital			
2. Geoposición	Latitud ____ . _____	Longitud ____ . _____	
Si la geoposición no está disponible, indique la localización a continuación			
3. Ciudad/localidad			
4. País			
5. Síntomas agudos en madre embarazada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, favor de llenar el FRC de Síntomas Agudos Maternos		

1) DEMOGRAFÍA MATERNA

6. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	__ / __ / _____		
7. Grupo Étnico (de acuerdo con los lineamientos nacionales)			
8. Ciudad de origen/pueblo/localidad durante el embarazo, enumere todas durante este embarazo			
Ciudad/Pueblo/Localidad	Desde (mm/aaaa)	Hasta mm/aaaa	
9. Ocupación			
10. Altura	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> otra unidad(especificar):		
11. Peso (previo al embarazo, especificar o estimado):	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> otra unidad:	12. Peso Actual	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> otra unidad:
13. Condiciones familiares genéticas del lado materno o paterno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar:	
14. Número de embarazos previos (excluyendo el embarazo actual)		15. Número de nacimientos previos después de 22 semanas de gestación	

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

16. Alguno de los bebes anteriores han sido (marcar los que aplican)	<input type="checkbox"/> Antes del término (<37 semanas de gestación) <input type="checkbox"/> Nacidos muertos o muertes perinatales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
17. ¿Alguno de los bebes anteriores han pesado (marcar los que aplican)	<input type="checkbox"/> < 2.5 kg <input type="checkbox"/> >4.5kg <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	18. ¿Alguno de los bebes anteriores han tenido microcefalia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
19. ¿Alguno de los bebes anteriores tenían otras anomalías congénitas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especificar	
20. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
21. Edad Gestacional si no ha parido?	semanas	días	22. Fecha de parto estimada si aún no ha parido? (dd/mm/aaa) ___ / ___ / 20 ___
23. Fecha estimada de concepción (dd/mm/aaaa)	___ / ___ / 20 ___		
24. Nacimiento número:	<input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Triple <input type="checkbox"/> Otro, favor de dar detalles:		
25. Viajes nacionales o internacionales durante este embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta		
En caso afirmativo, especifique a continuación todos los países o regiones visitados			
País/región visitada	Fecha de la visita (dd/mm/aaaa)	Duración de la visita (días)	

2) COMORBILIDADES CRÓNICAS DE LA MADRE

26. Enfermedad cardiovascular crónica¹	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
27. Enfermedad pulmonar crónica²	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
28. Desordenes sanguíneos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
En caso afirmativo, especificar:	
29. Insuficiencia renal/del riñón crónica³	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
30. Insuficiencia hepática crónica - moderada o grave⁴	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
31. Enfermedad neurológica crónica⁵	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
En caso afirmativo, especificar:	
32. Parálisis existente antes de este embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta

¹ Incluye enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular (Accidente Cerebro Vascular), hipertensión arterial (diastólica > 100), enfermedad arterial periférica, cardiopatía reumática, enfermedad cardíaca congénita e insuficiencia cardíaca.
www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/

² Enfermedades pulmonares crónicas que causan limitaciones en el flujo de aire pulmonar (anteriormente conocido como el enfisema, la bronquitis crónica), diagnosticada mediante espirometría o signos clínicos por ejemplo, falta anormal de aire y el aumento del tiempo espiratorio
www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/en/

³ creatinina > 3mg% (265 umol/l), diálisis, trasplante, síndrome urémico

⁴ Cirrosis con PHT +/- hemorragia varicosa

⁵ Trastornos del sistema nervioso, por ejemplo, la epilepsia, la esclerosis múltiple, Parkinson, síndromes de dolor crónico, lesiones cerebrales crónicas, ALS, etc.

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

En caso afirmativo, especificar partes del cuerpo afectadas:	
33. Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
34. Diabetes tipo 2 y tratada con medicina oral o dependiente de insulina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
35. Otra enfermedad endocrina ⁶	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
36. Enfermedad reumatológica⁷	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
37. Inmunosupresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
38. VIH⁸	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
¿En caso afirmativo, en terapia antiretroviral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
39. Recuento de células CD4	<input type="checkbox"/> <200 cells/μL <input type="checkbox"/> 200-499 cells/μL <input type="checkbox"/> ≥500 cells/μL <input type="checkbox"/> No consta
40. ¿Otro inmunosupresor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
En caso afirmativo, especificar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
41. Cualquier otra comorbilidad crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
En caso afirmativo, especificar	

3) MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO (previo a la aparición del episodio de la enfermedad actual)

42. Fiebre o tratamiento para el dolor	Acetaminofén/paracetamol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
	AINE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta
	Otro/s, especificar:
43. Anticonvulsivos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta En caso afirmativo, favor de especificar nombre genérico:
44. Medicamentos contra las náuseas durante este embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta En caso afirmativo, favor de especificar nombre genérico:
45. Vitaminas prenatales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta En caso afirmativo, favor de especificar (por ejemplo ácido fólico):

4) OTROS MEDICAMENTOS USADOS DURANTE ESTE EMBARAZO

46. Historial de Medicamentos Favor de hacer una lista de todos los medicamentos tomados por la paciente durante este episodio de embarazo, incluyendo los antibióticos, antivirales y otros medicamentos regulares, incluyendo aquellos a base de hierbas y remedios no autorizados. Favor de escribir los nombres genéricos, si es posible.	
Medicamentos o remedios a base de hierbas u otros, incluyendo los no autorizados	Vía de administración

⁶ Hipopituitarismo, insuficiencia suprarrenal, la acidosis recurrente

⁷ LES, polimiositis, polimialgia reumática, enfermedades del tejido conectivo mixto

⁸ Infección VIH-1 o VIH-2 confirmado por Laboratorio (independientemente del recuento de linfocitos/porcentaje de CD4 o la carga viral del VIH en la sangre), o un paciente con una afección característica del SIDA.

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

	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:
	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> otro:

5) FUMAR, ALCOHOL, DROGAS Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE

47. Fumar durante el embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, favor de especificar promedio por día:	<input type="checkbox"/> <10 cigarrillos por día <input type="checkbox"/> ≥10 cigarrillos por día
48. Consumo de Alcohol durante este embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especifique el consumo medio de alcohol por día Especifique el tipo _____	<input type="checkbox"/> Menos de 1-2 bebidas alcohólicas ⁹ por día <input type="checkbox"/> 2-5 bebidas alcohólicas por día <input type="checkbox"/> >5 bebidas alcohólicas por día
49. Uso de drogas ilegales y recreativas durante este embarazo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	En caso afirmativo, especifique todos los tipos de drogas utilizadas y la vía de administración	
50. ¿La paciente ha recibido transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	Especifique/fecha estimada de la última transfusión de sangre y la razón para la transfusión:	

⁹ Una bebida se define como cualquier bebida alcohólica por ejemplo una copa de vino, un vaso de cerveza, un coctel

6) Historial de Vacunación Materna

Vacuna	Vacunada	Fecha de la última dosis (dd/mm/aaaa)
51. Rubéola	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
52. Sarampión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
53. Paperas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
54. Tosferina Acelular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
55. Varicela	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
56. Tétanos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
57. Difteria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
58. Polio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
59. Influenza Estacional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
60. Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
61. Encefalitis Japonesa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
62. Encefalitis por garrapatas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
63. Virus del Dengue	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta	
64. Cualesquiera otras vacunas recibidas durante este embarazo (especificar):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta En caso afirmativo, favor de especificar tipo de vacuna	
Cualesquiera otras vacunas recibidas durante este embarazo (especificar):	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No consta En caso afirmativo, favor de especificar tipo de vacuna	

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

7) Resultados de Diagnóstico de la madre Registre los resultados finales del diagnóstico basado en resultados de laboratorio, 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.

Patógeno	Diagnóstico	Fecha de inicio (dd/mm/yyyy)	Comentario
65. Virus Zika	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
66. Virus del Dengue	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
67. Virus de la Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
68. Virus del Nilo Occidental	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
69. Virus del Chikungunya	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
70. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
71. Rubéola	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
72. Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
73. Virus Herpes Simple	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada	__ / ____ / 20 __	

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

	<input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta		
74. Sífilis	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No analizado <input type="checkbox"/> No consta	__ / ____ / 20 __	
75. Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo	__ / ____ / 20 __	
Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> Infección aguda confirmada <input type="checkbox"/> Infección aguda probable <input type="checkbox"/> Infección pasada confirmada <input type="checkbox"/> Infección pasada probable <input type="checkbox"/> Negativo	__ / ____ / 20 __	

8) RESULTADO FINAL

RESULTADO	DETALLES
76. Fecha de alta/regreso a casa (dd/mm(aaaa))	__ / ____ / 20 __
77. Resultado Materno a la alta/regreso a casa	<input type="checkbox"/> Dada de alta/enviada a casa sin secuelas <input type="checkbox"/> Dada de alta/enviada a casa con secuelas <input type="checkbox"/> Falleció
Si se dio de alta/envió a casa con secuelas, describa	
78. Si falleció, especifique la fecha de fallecimiento (dd/mm(aaaa))	__ / ____ / 20 __
79. Resultado del nacimiento	<input type="checkbox"/> Nacido vivo <input type="checkbox"/> Muerte previo al parto <input type="checkbox"/> Muerte en parto <input type="checkbox"/> Aborto espontaneo <input type="checkbox"/> Aborto terapéutico
80. Infección materna del virus Zika	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> No consta <input type="checkbox"/> No analizado
81. Diagnóstico confirmado por:	<input type="radio"/> Confirmado por laboratorio, laboratorio de hospital local <input type="radio"/> Confirmado por laboratorio de referencia nacional <input type="radio"/> Confirmado por laboratorio de referencia internacional <input type="radio"/> Otro, favor de dar detalles: _____
82. Otros resultados maternos, especificar todos:	

9) FORMATO DE REPORTE DE CASO LLENADO POR:

Nombre y puesto			
Firma		Fecha (dd/mm/aaaa)	__ / ____ / 20 __