

**Anexo 4a. Ficha de Investigación de Sospecha de Síndrome de Zika Congénito.**

1. Debe ser completado por nivel local (EBAIS, Área de Salud u Hospital, CAIS), y CILOVIS cuando corresponda. Los médicos tratantes deben facilitar la información necesaria para completar el anexo.
2. El plazo para el llenado y envío es de 15 días máximo desde el nacimiento, adjuntar los resultados de laboratorio realizados en el hospital de nacimiento. Si están pendientes se coordina con el nivel regional para ampliar el plazo de envío.
3. Remitir mediante flujo normal de información (vía física o electrónica) al sistema nacional de vigilancia epidemiológica, tanto del Ministerio de Salud como de la CCSS y al CREC del INCIENSA.

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
--------------------------	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------

<b>IDENTIFICACIÓN</b>	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			

<b>DATOS DEL NIÑO (A)</b>	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	<b>Manifestaciones clínicas</b> 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					
	Apellido1, Apellido2, Nombre de la Madre		Edad de la madre al parto Años	Cédula o identificación	Teléfono	
Nº embarazos	Nº partos	Atención prenatal ¿Tuvo control prenatal para éste embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha 1º cita: / /				
Nº abortos	Nº nacidos vivos	¿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				

Datos de exposición y enfermedad materna (opcional en anexo b) ¿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"/> Cual Trim _____ ¿Tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cual Trim _____				Otros riesgos en el embarazo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique _____		
LABORATORIO Y GABINETE EN EL NIÑO (A)	Laboratorio	Fecha de toma o solicitud	Fecha de resultado	<b>Resultados</b>		
				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	Observaciones relevantes de la investigación de campo					
	Caso referido a la CIC HNN <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /					
	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 _____ <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Fecha de la cita: / /					
	Caso notificado boleta VE 01 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
Caso notificado al CREC-INCIENSA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no						
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						
<b>FECHA RECEPCION MS-CCSS..... FECHA RECEPCION CREC</b> AREA: / / REGIONAL / / CENTRAL / / CREC / /						