

INVESTIGACIÓN DE CAMPO DE CASO DE MICROCEFALIA

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN FICHAS DE NOTIFICACIÓN EVENTO 215

FOR-R02.0000-074 V:00 AÑO 2016

A. Nombres y apellidos del niño		B. Tipo de ID*	C. Número de identificación	
D. Nombres y apellidos de la madre		E. Tipo de ID*	F. Número de identificación	G. EDAD

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID

1. Datos generales

Fecha de la última regla/ menstruación		Departamento /municipio de procedencia		
Departamento /municipio de notificación		Departamento /municipio de residencia		
Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado	Nombre de la administradora de Planes de beneficios	Fecha del parto		Código
Sexo del recién nacido <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 3. Ambiguo <input type="radio"/> 2. Femenino <input type="radio"/> 4. No sabe	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		Causa de la IVE	Pérdida fetal < 22 semanas
	Nacidos vivos	Interrupción voluntaria del embarazo		Pérdida fetal >= 22 semanas

2. Síntomas de la madre y el padre durante el embarazo

Escriba una de las siguientes opciones para madre y padre, según corresponda. 1: Sí se presentó, 2: No se presentó, 3: No sabe

	Madre	Padre		Madre	Padre	Semana de gestación síntomas
Fiebre	1 2 3	1 2 3	Mialgias/ dolor muscular	1 2 3	1 2 3	
Exantema/brote	1 2 3	1 2 3	Diarrea	1 2 3	1 2 3	
Conjuntivitis	1 2 3	1 2 3	Dolor de cabeza	1 2 3	1 2 3	
Dolor en las articulaciones	1 2 3	1 2 3	Otro Síntoma	1 2 3	1 2 3	
Articulaciones inflamadas	1 2 3	1 2 3				

3. Uso de medicamentos teratogénicos durante el embarazo (a parte de los micronutrientes)

Isotretinoína	0 1 2 3	Carbamazepina	0 1 2 3	Mycofenolato mofetilo	0 1 2 3
Warfarina	0 1 2 3	Topiramato	0 1 2 3	Talidomida	0 1 2 3
Acido Valproico	0 1 2 3	Misoprostol	0 1 2 3	Metotrexato	0 1 2 3
Metimazol	0 1 2 3	Otro	0 1 2 3	¿Cuál otro ?	

Marque con una X la opción según corresponda 0: hasta 30 días antes del embarazo | 1: primer trimestre | 2: segundo trimestre | 3: tercer trimestre

4. Estudios radiológicos prenatales

Se hicieron estudios radiológicos prenatales? 1. Sí 2. No 3. No sabe

	1. Si	2. No	3. No sabe	Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Edad gestacional	Trimestre	Resultado
Ecografía 1	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe
Ecografía 2	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe
Ecografía 3	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe
Ecografía 4	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe
Ecografía 5	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe
Ecografía 6	1. Si	2. No	3. No sabe			1 2 3	1. Normal 2. Anormal 3. No sabe

Hallazgos ecografía

5. Hallazgos de estudios radiológicos prenatales

Microcefalia	1. Si	2. No	3. No sabe	Ventriculomegalia	1. Si	2. No	3. No sabe
Anomalías del cuerpo caloso	1. Si	2. No	3. No sabe	Atrofia del cerebro	1. Si	2. No	3. No sabe
Hidranencefalia	1. Si	2. No	3. No sabe	Calcificaciones intracraneales fetales	1. Si	2. No	3. No sabe
Porencefalia	1. Si	2. No	3. No sabe	Anomalías de migración de células (e.g. Lisencefalia, ezquicefalia, Pacquigiria):	1. Si	2. No	3. No sabe
Otras anomalías del cerebro:							

INVESTIGACIÓN DE CAMPO DE CASO DE MICROCEFALIA

6. Pruebas para zika y otras infecciones maternas

Zika		Muestra	Muestra	Resultado						
si	no	No sabe			RT-PCR	RT-PCR muestra 2	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Citomegalovirus (CMV)		Muestras		Resultado					
si	no	No sabe			IgG	IgM	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herpes		Muestras		Resultado					
si	no	No sabe			IgG	IgM	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rubeola		Muestras		Resultado					
si	no	No sabe			IgG	IgM	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sífilis		Muestras		Resultado					
si	no	No sabe			RPR	VDRL	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toxoplasmosis		Muestras		Resultado					
si	no	No sabe			IgG	IgM	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUESTRAS:
1: Suero materno
2: Líquido amniótico
3: Otra
4: No sabe

PRUEBAS:
1: RT-PCR
4: RPR
5: VDRL

RESULTADOS:
1 Positivo
2: Negativo
3: Indeterminado
4: No sabe
5: En trámite

Complicaciones de la gestación:

7. Parto

Parto <input type="radio"/> 1. Nacido vivo <input type="radio"/> 2. Pérdida fetal >= 22 semanas <input type="radio"/> 3. Interrupción voluntaria del embarazo <input type="radio"/> 4. Aborto espontáneo <22 semanas	Edad gestacional al nacer/ parto <input type="text"/>	Sí nacido vivo, murió el bebé? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe	Fecha de la muerte <input type="text"/>
Pluralidad <input type="radio"/> 1. Único <input type="radio"/> 2. Doble <input type="radio"/> 3. Otro múltiple (especifique: _____) <input type="radio"/> 4. No sabe	Tipo de parto <input type="radio"/> 1. Vaginal <input type="radio"/> 2. Vaginal (fórceps) <input type="radio"/> 3. Vaginal (aspiradora) <input type="radio"/> 4. Cesárea <input type="radio"/> 5. No sabe	Complicaciones parto (especifique) <input type="radio"/> 1. ninguna	

Medición de nacimiento (< de 24 horas de vida)

Peso g Talla cm Perímetro cefálico cm Perímetro torácico cm

Sí no tiene perímetro cefálico, descripción clínica: 1. Normal 2. Anormal

8. Historia familiar de anomalías congénitas o condiciones genéticas

Microcefalia <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe	Describir otras anomalías o condiciones genéticas <input type="text"/> <input type="text"/> Otras condiciones <input type="text"/>	Relación al niño (parentesco) <input type="text"/> <input type="text"/>	¿Hay algún parentesco entre padres? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No ¿Cuál? <input type="text"/>
---	--	--	--

9. Exámenes físicos, imágenes diagnósticas y pruebas genéticas postnatales

TIPO	Fecha	Resultados
Examen físico	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Examen oftalmológico	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Examen neurológico	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Valoración auditiva	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Pasó <input type="radio"/> 2. No pasó <input type="radio"/> 3. Indeterminado <input type="radio"/> 4. No se hizo <input type="radio"/> 5. No sabe
Ecografía de cráneo	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Prueba RNM	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
TAC de cabeza	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Otro cuál? _____	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite
Otro cuál? _____	<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. No sabe <input type="radio"/> 4. En trámite

INVESTIGACIÓN DE CAMPO DE CASO DE MICROCEFALIA

10. Pruebas para zika y otras infecciones en el lactante

Zika			Muestra		Muestra		Resultado					
si	no	No sabe					RT-PCR	RT-PCR muestra 2	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Edad gestacional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muestras			Resultado							
Citomegalovirus (CMV)	si	no	No sabe			IgG	IgM	Cuál otra prueba	Resultado otra prueba	Edad del niño
Herpes	si	no	No sabe			IgG	IgM			
Rubeola	si	no	No sabe			IgG	IgM			
Sífilis	si	no	No sabe			RPR	VDRL			
Toxoplasmosis	si	no	No sabe			IgG	IgM			

MUESTRAS:
1: suero del lactante
2: sangre del cordón
3: tejido de placenta
4: producto de la concepción

PRUEBAS:
1: RT-PCR
4: RPR
5: VDRL

RESULTADOS:
1: Positivo
2: Negativo
3: Indeterminado
4: No sabe
5: en trámite

11. Prueba citogenética

Cariotipo	Fecha de toma (dd/mm/aaaa)	Edad meses	Especímen	Resultado de la prueba
<input type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/> 3. No sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> 1. Sangre de cordón <input type="radio"/> 2. Sangre periferal <input type="radio"/> 3. Tejidos	<input type="radio"/> 1. Normal <input type="radio"/> 2. Anormal <input type="radio"/> 3. Indeterminado <input type="radio"/> 4. No sabe <input type="radio"/> 5. en trámite

Hallazgos detallados

¿Otra prueba citogenética?

1. Si
 2. No
 3. No sabe

¿Cuál otra prueba?

Resultado

12. Perímetro cefálico después de 24 horas de edad

Se tomaron medidas del perímetro cefálico en las primeras 24 horas de vida? si no No sabe

Fecha de toma (dd/mm/aaaa)

Perímetro cefálico 1. Normal 1. Anormal

13. Hallazgos

Anomalías del sistema nervioso central	Anomalías del ojo
Microcefalia congénita <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Microftalmia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Calcificaciones intracraneales <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Nervio óptico pálido <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Ventriculomegalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Palidez macular <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Atrofia cerebral <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Coriorretinitis <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Anomalías en la migración celular (ej. Lisencefalia, paquigiria) <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Otro anomalía por examen de fundoscopia. ¿cuál? <input type="text"/>
Hidranencefalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Hallazgos neurológicos
Hidrocefalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Hipertrofia / Espasticidad <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Porencefalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Hiperreflexia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Anomalías en el cuerpo caloso <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Irritabilidad <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Sequencia disruptiva del cerebro fetal <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Temblores <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Otro anomalía del cerebro cuál? <input type="text"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe
Otros hallazgos	Otros hallazgos neurológicos. ¿cuál? <input type="text"/>
Cuero cabelludo en exceso y redubdante <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	Otros hallazgos ¿cuál? <input type="text"/>
Artrogriposis (contracturas de las articulaciones congénitas) <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	
Talipes equinovarus congénito (pie zambo) <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	
Esplenomegalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	
Hepatomegalia <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No sabe	
Reporte necropsia clínica <input type="text"/>	

14. Anomalías congénitas diagnosticadas o sospechas (incluye anomalías cromosómicas y síndromes)

Diagnóstico	Certeza	Hallazgos detallados
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Definitivo <input type="checkbox"/> 2. Posible/ Probable	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Definitivo <input type="checkbox"/> 2. Posible/ Probable	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Definitivo <input type="checkbox"/> 2. Posible/ Probable	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Definitivo <input type="checkbox"/> 2. Posible/ Probable	<input type="text"/>