

Phụ lục 2b

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP TRẺ SƠ SINH CÓ ĐẦU NHỎ

1. NGƯỜI BÁO CÁO

a. Tên người báo cáo: _____ b. Ngày báo cáo: _____
_____/____/201____

c. Tên đơn vị: _____

d. Điện thoại: _____ e. Email: _____

2. THÔNG TIN VỀ BÀ MẸ

a. Họ và tên: _____

b. Ngày tháng năm sinh: ____/____/____ Tuổi (năm): _____

c. Nghề nghiệp: _____ số CMND/bảo hiểm y tế: _____

d. Địa chỉ nơi sinh sống

Số nhà: _____ Đường phố/Thôn ấp: _____

Phường/Xã: _____ Quận/huyện: _____

Tỉnh/Thành phố: _____ Số điện thoại liên hệ: _____

e. Tiền sử:

e1. Tiền sử bệnh

Trong thời kỳ mang thai, có các biểu hiện lâm sàng sau đây không:

Phát ban ☐ Có ☐ Không

Sốt ☐ Có ☐ Không

Viêm kết mạc mắt
(xung huyết, không mủ) ☐ Có ☐ Không

Đau khớp, phù quanh khớp ☐ Có ☐ Không

Đau cơ ☐ Có ☐ Không

Các triệu chứng khác ☐ Có ☐ Không

Cụ thể:

—

Nếu có các triệu chứng trên:

Địa chỉ nơi bệnh khởi phát: 1. Như trên 2. Khác, ghi rõ:

—

Ngày khởi phát: ____/____/201__ Nếu không nhớ: tháng thứ ... của thai kỳ

Ngày được khám bệnh đầu tiên: ____/____/201__

Diễn biến bệnh (*mô tả ngắn gọn*):

—

—

Có xét nghiệm tìm Virút Zika không:

Huyết thanh/máu toàn phần

☐ Giai đoạn cấp Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

☐ Giai đoạn hồi phục Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Bệnh phẩm khác

☐ Cụ thể _____ Ngày lấy: ____/____/201__ Kết quả: _____

Điều trị tại cơ sở y tế ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Tên cơ sở y tế điều trị:

Ngày nhập viện: ____/____/____ Ngày ra viện: ____/____/____

Các biến chứng trong quá trình bệnh ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu có, ghi cụ thể:

—

Các ghi chú hoặc quan sát khác:

e2. Cận lâm sàng

Siêu âm thai ☐ Có ☐ Không

Có nghi ngờ đầu nhỏ không ☐ Có ☐ Không

Nếu có, ngày siêu âm _____/_____/201____

Cận lâm sàng khác nếu có: _____

e3. Tiền sử dịch tễ: Trong thời kỳ mang thai, bà mẹ có:

a. Đến/ở/về từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

Nếu có: Ghi rõ địa chỉ: _____

Thời điểm: trước khi có triệu chứng lâm sàng _____ ngày

Có quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su với người đã đến/ở/về trong vòng 8 tuần từ khu vực có sự lây truyền vi rút Zika tại chỗ hoặc khu vực có sự hiện diện của vi rút Zika và véc tơ truyền bệnh không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không biết

e4. Tiền sử mắc các bệnh mạn tính và các bệnh khác có liên quan:

e5. Tiền sử gia đình:

3. THÔNG TIN VỀ TRẺ SƠ SINH

a. Họ và tên:

b. Ngày tháng năm sinh: ____/____/____

Tuổi (ngày):

Lãnh đạo đơn vị
(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)