

Gegevensverzameling met betrekking tot ZIKV-infectie tijdens de zwangerschap

Deel I – Zwangerschap

Het ingevulde formulier graag verzenden naar uw lokale GGD (zie www.ggd.nl).

Bij inzending van laboratoriummaterialen naar het RIVM: dit voorblad in zijn geheel kopiëren en meezenden met de materialen.

Voor GGD'en: formulier, **zonder** naam en geboortedatum van moeder verzenden aan:

***Werkgroep follow-up ZIKV-infecties in de zwangerschap, RIVM/Cib/EPI,
Postbus 1, Postbak 75, 3720 BA Bilthoven.***

Dank voor uw medewerking.

A. GEGEVENS INZENDER FORMULIER

Naam:

Functie:

Adres:

Telefoon:

B. PERSOONLIJKE IDENTIFICATIEGEGEVENS

Patiëntnummer van de moeder:

Naam gynaecoloog/betrokken specialisten:

Naam ziekenhuis:

Osirisnummer (indien van toepassing, in te vullen door GGD):

✂

Naam van de moeder:

Geboortedatum moeder:/...../.....

C. GEGEVENS MOEDER EN ZWANGERSCHAP

1. Meerling zwangerschap

- Ja, namelijk:
 - Tweeling
 - Drieling
 - Anders, namelijk:
- Nee, enkel

2. Graviditeit

- Aantal eerdere zwangerschappen (excl. huidige):
- Aantal (voltooide) zwangerschappen ≥ 22 weken:

3. Is ten minste één van onderstaande van toepassing op eerdere zwangerschappen?

- Ja, namelijk:
 - Drie of meer miskramen (< 16 weken)
 - Intra-uteriene vruchtdood (≥ 16 weken)
 - Vroeggeboorte
 - Neonatale sterfte
 - Congenitale afwijkingen
 - Omschrijving:
 - Chromosomale afwijkingen
 - Omschrijving:
 - Andere genetische afwijkingen
 - Omschrijving:
- Nee
- Onbekend

4. Heeft de vrouw eerder problemen/complicaties gehad tijdens de zwangerschap?

- Ja, namelijk:
- Nee
- Onbekend

5. Etniciteit moeder:
6. Wat is de uitgerekende datum van de bevalling?
...../...../.....
7. Is de moeder tijdens de zwangerschap in een gebied geweest waar ZIKV circuleert?
- Ja, namelijk in: (meerdere antwoorden mogelijk)
- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Land: | Regio: |
| Aankomstdatum:/...../..... | Vertrekdatum:/...../..... |
| 2. Land: | Regio: |
| Aankomstdatum:/...../..... | Vertrekdatum:/...../..... |
| 3. Land: | Regio: |
| Aankomstdatum:/...../..... | Vertrekdatum:/...../..... |
- Nee
- Onbekend
8. Heeft de patiënt onbeschermd seksueel contact gehad met een persoon met bevestigde ZIKV-infectie of een persoon die is teruggekeerd uit ZIKV-endemisch gebied in de 2 weken voor eerste ziektedag?
- Ja, met een man
- Ja, met een vrouw
- Nee
- Onbekend
9. Waren er tijdens de zwangerschap klachten passend bij ZIKV-infectie?
- Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Koorts | <input type="checkbox"/> Retro-orbitale pijn |
| <input type="checkbox"/> Exantheem | <input type="checkbox"/> Niet-purulente conjunctivitis/hyperemie |
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Myalgie |
| <input type="checkbox"/> Oedeem | <input type="checkbox"/> Artralgie |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | |
- Nee
- Onbekend
10. Indien ja, wat was de eerste ziektedag?
...../...../.....
11. Wat was de veronderstelde zwangerschapsduur op het moment van infectie?
weken

12. Zijn er neurologische complicaties opgetreden als gevolg van ZIKV-infectie?
- Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)
 - Guillain-barrésyndroom
 - Encefalitis
 - Onbekend
 - Anders, namelijk
 - Nee
 - Onbekend
13. Zijn er andere complicaties opgetreden als gevolg van ZIKV-infectie?
- Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)
 - Trombocytopenie/petechiae
 - Anders, namelijk
 - Nee
 - Onbekend
14. Is de patiënt opgenomen (geweest) in het ziekenhuis ten gevolge van de zikavirusinfectie?
- Ja, van/...../..... tot/...../.....
(bij meerdere opnames dit aangeven onder opmerkingen)
 - Nee
 - Onbekend
15. Wat was de reden van opname?
16. Is de patiënt opgenomen (geweest) op de Intensive Care (IC)?
- Ja
 - Nee
 - Onbekend
17. Is er sprake (geweest) van onderliggend lijden in afgelopen jaar?
- Ja, namelijk
 - Nee
 - Onbekend
18. Heeft er laboratoriumonderzoek naar ZIKV-infectie bij de moeder plaatsgevonden?
- Ja
 - Nee →Ga naar vraag 20
 - Onbekend →Ga naar vraag 20

19. Welk virologisch/serologisch laboratoriumonderzoek naar ZIKV is verricht?

(meerdere antwoorden mogelijk)

Serum of plasma

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

Urine

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

Speeksel

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

Liquor cerebrospinalis

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

Vruchtwater

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

Overig, namelijk

Type diagnostiek:

Datum afname:/...../.....

Datum resultaat:/...../.....

Resultaat:

Laboratorium (naam, plaats):

Vervolgafname plaatsgevonden?

Ja

Datum afname:/...../.....

Resultaat:

Nee

20. Zijn er bloedafwijkingen geconstateerd passend bij ZIKV-infectie?

Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Leukopenie
- Lymfopenie
- Atypische lymfocyten
- Verhoogde leverenzymen
- Anders, namelijk

Nee, niet uitgevoerd

Nee, geen afwijkingen gevonden

Onbekend

21. Heeft er laboratoriumonderzoek plaatsgevonden naar andere infecties?

Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)

	Datum	Resultaat
<input type="checkbox"/> Syfilis/...../.....	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose/...../.....	
<input type="checkbox"/> Rubella/...../.....	
<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus/...../.....	
<input type="checkbox"/> Herpes simplex/...../.....	
<input type="checkbox"/> Dengue/...../.....	
<input type="checkbox"/> Gele koorts/...../.....	
<input type="checkbox"/> West Nile/...../.....	
<input type="checkbox"/> Chikungunya/...../.....	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk/...../.....	

Nee

Onbekend

22. Is de moeder in het verleden gevaccineerd tegen een Flavivirus verwant aan zikavirus?

Ja, namelijk: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Gele koorts
- Japanse encefalitis

Nee →Ga naar vraag 24

Onbekend →Ga naar vraag 24

23. Indien ja, wat was het jaartal van vaccinatie?

24. Op welke momenten in de zwangerschap is echografisch onderzoek gedaan en wat was daarvan de uitslag?

Datum echo:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

Datum echo:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

Datum echo:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

25. Op welke momenten in de zwangerschap is MRI-onderzoek gedaan en wat was daarvan de uitslag?

Datum MRI:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

Datum MRI:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

Datum MRI:/...../..... **Zwangerschapsduur:** weken

Resultaat:

26. Hebben zich andere complicaties dan ZIKV-infectie voorgedaan tijdens de zwangerschap?

Ja, namelijk:

Nee

Onbekend

D. PRENATALE AFWIJKINGEN/SYMPTOMEN

27. Waren er embryonale/foetale afwijkingen zichtbaar in de prenatale periode?

Ja

Nee

Onbekend

28. Indien prenatale afwijkingen werden geconstateerd, welke was/waren dat?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Datum	Geconsulteerde specialist/ ziekenhuis
	constatering	
<input type="checkbox"/> Microcefalie/...../.....	
<input type="checkbox"/> Groeiachterstand/...../.....	
<input type="checkbox"/> Cerebrale/intracraniele calcificaties/...../.....	
<input type="checkbox"/> Cerebrale ventrikel dilatatie/...../.....	
<input type="checkbox"/> Oculaire afwijkingen/...../.....	
<input type="checkbox"/> Genesis/dysgenese van corpus callosum/...../.....	
<input type="checkbox"/> Afwijkingen aan cerebellum en/of hersenstam/...../.....	
<input type="checkbox"/> Neurale migratiestoornissen (lissencefalie, pachygyrie)/...../.....	
<input type="checkbox"/> Abnormale amnionhoeveelheid/...../.....	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk/...../.....	

OVERIGE OPMERKINGEN/INFORMATIE