

## Gegevensverzameling met betrekking tot ZIKV-infectie tijdens de zwangerschap

### Deel III – Neonatale periode

Het ingevulde formulier graag verzenden naar uw lokale GGD (zie [www.ggd.nl](http://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.

**Indien de casus niet is opgemerkt tijdens de zwangerschap, ook deel I  
Zwangerschap en deel II Zwangerschapsuitkomst invullen.**

#### A. GEGEVENS INZENDER FORMULIER

Naam:

Functie:

Adres:

Telefoon:

#### B. PERSOONLIJKE IDENTIFICATIEGEGEVENS

Patiëntnummer van de moeder:

Patiëntnummer van het kind:

Geslacht van het kind:  Man  Vrouw

Naam gynaecoloog/betrokken specialisten:

Naam ziekenhuis:

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

✂ .....

Naam van de moeder:

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

Naam van het kind:

Geboortedatum het kind: ...../...../.....

### C. KLINISCHE GEGEVENS BETREFFENDE HET KIND

1. Etniciteit kind:
  
2. Geboortegewicht:  
gram
3. Lengte:  
cm
4. Apgar score (5 min):
  
5. Schedelomtrek (occipitofrontale circumferentie, eerste meting):  
cm op dagen
6. Is het kind opgenomen (geweest) in het ziekenhuis?  
 Ja, van ...../...../..... tot ...../...../.....  
(bij meerdere opnames dit aangeven onder opmerkingen)  
 Nee →Ga naar vraag 9  
 Onbekend →Ga naar vraag 9
7. Wat was de reden van opname?
  
8. Is het kind opgenomen (geweest) op de (neonatale) Intensive Care (IC)?  
 Ja  
 Nee  
 Onbekend

### D. AFWIJKINGEN/SYMPTOMEN/DIAGNOSES KIND

9. Waren er (syndromale) afwijkingen/symptomen in de neonatale periode?  
 Ja  
 Nee →Ga naar vraag 12  
 Onbekend →Ga naar vraag 12

10. Indien er (syndromale) afwijkingen zijn geconstateerd, welke zijn dat?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Datum constatering	Geconsulteerde specialist/ ziekenhuis
<input type="checkbox"/> Prematuritas	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Laag geboortegewicht	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Groeiachterstand	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Microcefalie	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Hydrocefalie	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Cerebrale calcificaties	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Oogafwijkingen	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Disproportioneel gezicht	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Lymfadenopathie	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Icterus	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Petechiae	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Spasticiteit/hypertonie	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Hyperreflexie	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	...../...../.....	

**Toelichting op deze afwijkingen:**

11. Indien u oogafwijkingen heeft geconstateerd, welke was/waren dat?

12. Welke neurologische diagnostiek is er verricht?

(meerdere antwoorden mogelijk)

	Datum	Resultaat
<input type="checkbox"/> EEG	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Liquoronderzoek	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Echografisch onderzoek hersenen	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> CT cerebrum	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> MRI cerebrum	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	...../...../.....	
<input type="checkbox"/> Geen		

13. Zijn er genetische afwijkingen bekend bij familieleden (bloedverwanten)?

- Ja, namelijk:
- Nee
- Onbekend

14. Welk virologisch en/of serologisch laboratoriumonderzoek naar ZIKV is verricht bij het kind?

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

Placenta

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

Geen

15. Algemene uitkomst/conclusie diagnostiek:

- Zikavirus  Positief  
 Waarschijnlijk/niet-conclusief  
 Negatief  
 Onbekend  
 Niet getest

16. Wat zijn de resultaten van de echo-cerebrum?

17. Is een MRI cerebrum uitgevoerd?

- Ja, resultaat:  
 Nee  
 Onbekend

18. Is er onderzoek gedaan naar het algemeen bloedbeeld?

- Ja: (meerdere antwoorden mogelijk)  
 Hb Resultaat:  
 Hematocriet Resultaat:  
 Trombocyten Resultaat:  
 Leukocyten differentiatie Resultaat:  
 CRP Resultaat:  
 Anders Resultaat:  
 Nee  
 Onbekend

19. Wat zijn de resultaten van het differentiaal diagnostisch onderzoek?

20. Wat zijn de resultaten van de fundoscopie van de ogen?

21. Wat zijn de resultaten van de Brainstem Auditory Evoked Response (BAER) test?

22. Overige relevante bevindingen:

**OVERIGE OPMERKINGEN/INFORMATIE**