

DEBE SE COMPLETADO POR EL PACIENTE Y DEVUELTO AL INVESTIGADOR

covipreg@chuv.ch

Prof. D. BAUD - Maternité du CHUV, Av. Pierre Decker 2, 1011 Lausanne

Fecha prevista del parto :		
ANTES DE LA 3ª INYECCION			
¿Ha dado positivo en la prueba de COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
SI afirmativo ¿Qué prueba?	<input type="checkbox"/> PCR nasal	<input type="checkbox"/> Test de antígeno	<input type="checkbox"/> Serología <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
Fecha de la prueba : (Día/Mes/Año)		
¿Qué síntomas has tenido?	<input type="checkbox"/> SIN SÍNTOMAS	<input type="checkbox"/> Fatiga	
	<input type="checkbox"/> Fiebre : <38 / 38-39 / >39 °C	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	
	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos	
	<input type="checkbox"/> Disnea / falta de aire	<input type="checkbox"/> Mucosidad al toser	
	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Pérdida de sabor y olor	
	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Otro :	
¿Ha sido hospitalizado por COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿En qué hospital?	¿Recibió oxígeno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VACCIN 1ª INYECCION	Data :	(Día/Mes/Año)
VACCIN 2ª INYECCION	Data :	(Día/Mes/Año)

VACUNACIÓN – 3ª INYECCION			
Fecha de la 3ª dosis (Día/Mes/Año)		
¿Qué tipo de vacuna?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Otro:
• Lugar de la inyección	<input type="checkbox"/> Brazo derecho	<input type="checkbox"/> Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/> Otro :
• Sitio de vacunación	<input type="checkbox"/> Ginecólogo/Matrona (consulta privada)	<input type="checkbox"/> Centro de vacunación	
	<input type="checkbox"/> Ginecólogo/Matrona (hospital)	<input type="checkbox"/> Médico generalista	
	<input type="checkbox"/> Programa de vacunación en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/> Farmacéutico	
• ¿Tomó algún medicamento contra la fiebre el día de la vacunación? (Dafalgan, Ibuprofeno...)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
¿Reacción local?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
• Si es afirmativo, ¿qué reacción local?	<input type="checkbox"/> Hinchazón/Edema	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento	<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Induración
	<input type="checkbox"/> Picazón	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Otro
• ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/> los primeros 7 días después de la 3ª inyección	<input type="checkbox"/> > 1 mes después de la 3ª inyección	
	<input type="checkbox"/> 8 a 14 días después de la 3ª inyección	<input type="checkbox"/> Desconocido	
	<input type="checkbox"/> 15 días a 1 mes después de la 3ª inyección		
¿Reacción sistémica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
• Si es afirmativo, ¿qué reacción sistémica?	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Fiebre (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
	<input type="checkbox"/> Frisas	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor muscular
	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Dolor articular	
	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Malestar	<input type="checkbox"/> Otro :
• ¿Cuándo?	<input type="checkbox"/> los primeros 7 días después de la 3ª inyección	<input type="checkbox"/> > 1 mes después de la 3ª inyección	
	<input type="checkbox"/> 8 a 14 días después de la 3ª inyección	<input type="checkbox"/> Desconocido	
	<input type="checkbox"/> 15 días a 1 mes después de la 3ª inyección		

¿Evento adverso grave?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
<ul style="list-style-type: none"> Si es afirmativo, ¿qué acontecimiento adverso grave? 	<input type="checkbox"/> Hospitalización posiblemente relacionada con la vacunación <input type="checkbox"/> Ingreso materno en cuidados intensivos <input type="checkbox"/> Shock anafiláctico <input type="checkbox"/> Otro evento adverso grave:		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuándo? 	<input type="checkbox"/> los primeros 7 días después de la 3ª inyección <input type="checkbox"/> > 1 mes después de la 3ª inyección <input type="checkbox"/> 8 a 14 días después de la 3ª inyección <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> 15 días a 1 mes después de la 3ª inyección		

Possible PRUEBA COVID-19 DESPUES LA 3ª INYECCION

<ul style="list-style-type: none"> A pesar de la vacuna, puede haber tenido síntomas de COVID-19. En este caso, se recomienda una prueba COVID 	Fecha de inicio de los síntomas Fecha de la prueba:	¿Qué prueba? <input type="checkbox"/> PCR Nasal <input type="checkbox"/> Test antigénico <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	Resultado: <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO
	¿Qué síntomas has tenido? <input type="checkbox"/> SIN SÍNTOMAS <input type="checkbox"/> Fiebre : <38 / 38-39 / >39 °C <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Disnea / falta de aire <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos <input type="checkbox"/> Mucosidad al toser <input type="checkbox"/> Pérdida de sabor y olor <input type="checkbox"/> Otro :	

PACIENTE: Doy mi consentimiento para que se utilicen estos datos, tanto los relativos al resultado de mi embarazo como los relativos a una posible infección, con fines de investigación para mejorar la atención a la paciente embarazada

APELLIDO: _____ **Nombre:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Firma:** _____