

CASO SOSPECHOSO DE HEPATITIS VIRAL - FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Definición de caso sospechoso: toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2.5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

Sospechoso por marcador serológico reactivo: Individuo asintomático con algún marcador reactivo para VHA (IgM), VHB, VHC, VHD, VHE.

DATOS DEL PACIENTE Señale con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

Apellido y Nombre: _____ M F Trans Desc

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ País de nacimiento: _____ Tipo y N° de documento: _____

Dirección (calle y n°): _____ Tel.: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____ Ocupación: _____

Concurre a: Institución escolar Grado / Sala: ____ Turno: ____ Club Pileta Comedor Reside en institución

¿Cuál/es? _____ Dirección / Tel: _____

Fecha de inicio: Desconocida Conocida ____ - ____ - ____ Tpo. de evolución de los síntomas: ____ días/meses Embarazo

ANTECEDENTES

1. Nivel de educación máximo alcanzado

Analfabeto 2° Completa

1° Incompleta Terciario

1° Completa Universitario

2° Incompleta

2. Antecedentes de riesgo

HSH¹/Bisexual Inyectables Acupuntura

Asiático o descendente de asiático Hemodiálisis* Transm. vertical

UDI Tto. odontológico* Sin agua de red

Transfusión* Cirugía* Sin cloacas

Tatuajes/ Piercing* Transplante*

* Aclarar datos: Fecha: ____ - ____ - ____ Lugar: _____ 1. HSH (hombres que tienen sexo con hombres)

Comorbilidades: _____ Viajes en los últimos 6 meses: NO SI ¿Dónde? _____

Contacto con portador / caso sospechoso Fecha estimada del 1° contacto: _____

Gammaglobulinas: NO
SI Tipo: Ig estándar
HBIg N° dosis: ____ Fecha 1° dosis: ____ - ____ - ____ Fecha última dosis: ____ - ____ - ____

Vacunas: NO
SI VHA N° dosis: ____ Fecha 1° dosis: ____ - ____ - ____ Fecha 2° dosis: ____ - ____ - ____
VHB N° dosis: ____ Fecha 1° dosis: ____ - ____ - ____ Fecha 2° dosis: ____ - ____ - ____ Fecha 3° dosis: ____ - ____ - ____

MARCADORES VIRÓLOGICOS/CLÍNICOS (si la IgM VHA se confirma dentro de las 24 hs, aguardar resultados para iniciar acciones de control)

	Resultados	Fecha		Resultados	Fecha		Resultados	Fecha
Anti VHA-IgM			Anti-HBs			HBe Ag		
Anti VHA-IgG			Anti-HBc-IgM			Anti-HBe		
HBsAg			Anti-HBc-IgG			VHB-DNA		
Anti-VHC								
VHC-RNA								
Anti-VHD								
Anti-VHE								

P: positivo
N: negativo
NR: no realizado

Laboratorio o lugar de realización: _____

Enfermedad Actual: Sintomático Anictérico
Sintomático Ictérico
Asintomático

Sospechoso por: Marcador serológico reactivo
Fallo hepático
Otros: _____

Hospitalizado: NO
SI Lugar: _____ Fallecido Fecha: ____ - ____ - ____ Causa de fallecimiento: _____

CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO:

MEDIDAS DE CONTROL

Educación Sanitaria N° de contactos del caso (totales): ____ N° de contactos < de 1 año: ____ N° de contactos embarazadas: ____

N° de contactos vacunados (durante la investigación en terreno): ____ Otros datos: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Fecha de notificación: ____ - ____ - ____ Apellido y Nombre: _____ Tel: _____

Establecimiento: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Correo electrónico: _____ Firma: _____