

**CASO SOSPECHOSO DE HEPATITIS VIRAL - FICHA EPIDEMIOLOGICA**

**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, S= si, N= no, NS: no sabe** 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  club  pileta  comedor  reside en institución  Cual/es? \_\_\_\_\_

Dirección / Tel: \_\_\_\_\_ Grado / Sala: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: Desconocida  Conocida / / Tpo. de evolución de los síntomas: \_\_\_\_\_ días / meses Embarazo

**ANTECEDENTES**

Nivel de educación: analfabeto  1° incompleta  1° completa  2° incompleta  2° completa  terciario  universitario

Homo /Bisexual  Asiático o descendente de asiático  UDI  Transfusión\*  Tatuajes/ Piercing\*  Inyectables

Hemodiálisis\*  Cirugía\*  Transplante\*  Acupuntura  Transm. vertical  Tto. odontológico\*

Sin agua de red  Cloacas

Comorbilidades: \_\_\_\_\_ Viajes en los últimos 6 meses: NO  SI  Donde? \_\_\_\_\_

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 VIROLOGICOS / CLINICOS** (si la IgM VHA se confirma dentro de las 24 hs., aguardar resultados para disparar 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		

Resultados	Fecha	
Anti-VHC		P: positivo N: negativo I: indeterminado NR: no realizado
VHC-RNA		
Anti-VHD		
Anti-VHE		

Laboratorio: \_\_\_\_\_

Enfermedad Actual: Sintomático Anictérico  Sintomático Ictérico  Asintomático

Sospechoso por marcador serológico reactivo  Fallo hepático  Otros: \_\_\_\_\_

Hospitalizado  Lugar: \_\_\_\_\_ Fallecido  Fecha / / Causa de fallecimiento: \_\_\_\_\_

**CLASIFICACION 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 \_\_\_\_\_

**NOTIFICACION**

**INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA**