

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

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