

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 Seale con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

Apellido y Nombre: _____ M F Trans Desc

Fecha de nacimiento: ____-____-____ Pad e nacimiento: _____ Tipo Nº de documento: _____

Dirección (calle y nº): _____ 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 2º Completa

1º Incompleta Terciario

1º Completa Universitario

2º 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 1º contacto: _____

Gammaglobulinas: NO
SI Tipo: Ig estándar
HBIG Nº dosis: ____ Fecha 1º dosis: ____-____-____ Fecha última dosis: ____-____-____

Vacunas: NO
SI VHA Nº dosis: ____ Fecha 1º dosis: ____-____-____ Fecha 2º dosis: ____-____-____
VHB Nº dosis: ____ Fecha 1º dosis: ____-____-____ Fecha 2º dosis: ____-____-____ Fecha 3º dosis: ____-____-____

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

| | Resultados | Fecha |
|--------------|------------|-------|
| Anti VHA-IgM | | |
| Anti VHA-IgG | | |
| HBsAg | | |

| | Resultados | Fecha |
|--------------|------------|-------|
| Anti-HBs | | |
| Anti-HBc-IgM | | |
| Anti-HBc-IgG | | |

| | Resultados | Fecha |
|----------|------------|-------|
| HBe Ag | | |
| Anti-HBe | | |
| VHB-DNA | | |

| | Resultados | Fecha |
|----------|------------|-------|
| Anti-VHC | | |
| VHCRNA | | |
| 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 Nº de contactos del caso (totales): ____ Nº de contactos < de 1 ao: ____ Nº de contactos embarazadas: ____

Nº 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: _____