

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
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		
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: _____