



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: _____
 Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: _____ Tipo y N° de Documento: _____ M F Trans Desc
 Dirección (calle y n°): _____ Tel.: _____
 Ciudad: _____ Provincia: _____ Ocupación: _____
 Concorre a: Institución Escolar Grado/Sala: _____ Turno: _____ Club Pileta Comedor Reside en Institución
 Cuál/es? _____ Dirección/Tel.: _____

ANTECEDENTES

1. Nivel de educación máximo alcanzado

Analfabeto 2° Completa
 1° Incompleta Terciario
 2° Completa Universitario
 2° Incompleta

2. Antecedentes de riesgo

HSH/Bisexual Inyectables Acupuntura
 Asiático o desc. de asiático Hemodiálisis* Trans, 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 Hblg N° de dosis _____ Fecha 1° dosis:/...../..... Fecha últ. dosis:/...../.....

Vacunas: NO SI VHA Fecha 1° dosis/...../..... Fecha 2° dosis/...../.....

VHB Fecha 1° dosis/...../..... Fecha 2° dosis/...../..... Fecha 3° dosis/...../.....

ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha inicio de síntomas:/...../.....

Sintomático Anictérico Sintomático Ictérico Asintomático

Sospechoso por: Marcador serológico reactivo Fallo hepático Otros: _____

Hospitalizado: NO SI Lugar: _____ Fallecido Fecha:/...../..... Causa de fallecimiento _____

MARCADORES VIROLÓGICOS/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: _____

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: _____

CLASIFICACIÓN FINAL DEL CASO

DATOS DEL NOTIFICADOR

Fecha de notificación:/...../..... Apellido y Nombre: _____ Tel: _____

Establecimiento: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Correo electrónico: _____ Firma _____