



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____
Declarante: _____ Centro de trabajo: _____
Teléfono: _____
Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
SIP: _____ Historia Clínica: _____
Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [] meses [] días [] Sexo: Hombre [] Mujer []
Domicilio: _____ Municipio: _____
Provincia: _____ Teléfonos: _____
Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____
Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____
Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____
Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
No []

Observaciones: _____

Manipulador de alimentos: Sí [] No [] Desconocido []

Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas: ___/___/___ Fecha de Diagnóstico: ___/___/___

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Asintomático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nauseas/Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coluria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestias Abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: (Citar): _____

Complicaciones: Sí [] No [] (Citar): _____ Desconocido []

Ingreso en hospital: Sí [] No [] Desconocido [] Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___

Centro _____ Servicio _____

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____

Fallecimiento [] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [] Especificar _____ Desconocido []

Tratamiento: _____

DATOS LABORATORIO

Transaminasas: Sí [] No [] Desconocido []

Resultado: GOT: _____ GPT: _____ Fecha: ___/___/___

IgM anti-VHA: Positiva [] Negativa [] No realizado [] Desconocido [] Fecha: ___/___/___

Coprocultivo: Positiva [] Negativa [] No realizado [] Desconocido [] Fecha: ___/___/___

Otras técnicas:(especificar técnica, resultado y fecha): _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Pertenece a BROTE [] Caso aislado [] Agregación [] Pendiente [] Desconocido []

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

TIPO DE CASO: Autóctono [] Importado [] País _____

Extracomunitario [] C. Autónoma _____ Pendiente [] Desconocido []

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [] Confirmado [] Error Diagnóstico [] Pendiente [] Desconocido []

(Datos relativos a las 2-7 semanas previas al comienzo de la enfermedad)

Factores de riesgo	SÍ	NO	NS/NC
1- ¿Asiste el paciente o trabaja en guardería, colegio de preescolar o institución cerrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- ¿Ha tenido el paciente contacto familiar con niños, o trabajadores de las instituciones anteriores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- ¿Ha tenido el paciente contacto con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis A? En caso afirmativo especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexual <input type="checkbox"/> Familiar (no sexual) <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
4- ¿Ha viajado el paciente al extranjero? En caso afirmativo indicar el país: _____ Fecha de entrada ___/___/___ Fecha de salida ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- ¿Ha comido el paciente marisco crudo? En caso afirmativo ¿dónde lo compró o consumió?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- ¿Ha comido el verduras crudas? En caso afirmativo ¿dónde lo compró o consumió?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- ¿Ha consumido el paciente agua no tratada o agua de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias? En caso afirmativo especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mecanismo de transmisión: Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>			
Medidas adoptadas	SÍ	NO	NS/NC
1- Aislamiento entérico del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Educación sanitaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- ¿Trabaja el paciente como manipulador de alimentos? En caso afirmativo indicar dónde: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- En caso de brote: Profilaxis de contactos con IG. Inmunización de contactos con vacuna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- ¿Si el paciente ha viajado a países de alta endemia,:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) se le ha ofrecido inmunización pasiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) se le ha ofrecido inmunización activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha recibido vacuna frente a Hepatitis A?

Sí []

No []

Desconocido []

Nº Dosis _____

Nombre vacuna

Lote

Fecha administrada

___ / ___ / ___

___ / ___ / ___

___ / ___ / ___

Fecha última dosis:

___ / ___ / ___

Vacunación: Completa []

Incompleta []

No vacunado []

Desconocido []

Presenta documento de vacunación:

Sí []

No []

¿Has recibido Inmunoglobulina en los últimos 4 meses?

Sí []

No []

Desconocido []

Observaciones:
