



**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS B**

**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 \_\_\_\_\_  
 Observaciones: No [ ] \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de los primeros síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
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: Especificar: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Desconocida [ ]

Tratamiento: \_\_\_\_\_

**DATOS LABORATORIO**

Transaminasas: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Resultado: GOT: \_\_\_\_\_ GPT: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

	NEGATIVO	POSITIVO	NO REALIZADO	PENDIENTE	DUDOSO/INDET.	DESCONOCIDO	Fecha
Ag HBs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
IgG anti-HBc:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Anti-HBs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
IgM anti-HBc:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Anti-VHD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Ag HBe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Anti-HBe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__

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 [ ]

(Relativos a las 4-28 semanas previas al comienzo de la enfermedad)

Factores de riesgo	SÍ	NO	NS/NC	FECHA
1- ¿Es un recién nacido de madre enferma portadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- ¿Ha tenido el paciente contacto con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis B? 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"/>				
3- ¿Ha tenido el enfermo inoculación percutánea accidental con material potencialmente contaminado con VHB?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- ¿Ha tenido contacto con material potencialmente contaminado con VHB a través de mucosas o heridas en piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- ¿Es residente en una institución para deficientes mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6- ¿Trabaja en una institución para deficientes mentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- ¿Es interno en una institución penitenciaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- ¿Es hemofílico o padece otra enfermedad para la que recibe o ha recibido alguna transfusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
9- ¿Está en tratamiento con hemodiálisis? Centro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
10- ¿Has recibido algún trasplante? Centro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
11- ¿Es personal sanitario en contacto con sangre o derivados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
12- ¿Es usuario o ha sido usuario de drogas por vía endovenosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13- Riesgo de relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14- ¿Ha viajado a países de alta endemia? País: _____ Fecha de entrada: __/__/__ Fecha de salida: __/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15- ¿Ha estado sometido a prácticas cruentas? (Cirugía, Tatuajes, Acupuntura, Dentista, etc) Especificar técnica y lugar del hecho _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medidas adoptadas	SÍ	NO	NS/NC
1.Educación Sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Inmunización pasiva a contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Vacunación a contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha recibido vacuna frente a Hepatitis B?                      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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_