



ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS VÍRICA C

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: _____

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 _____ Desconocida []

DATOS LABORATORIO

Transaminasas: Sí [] No [] No realizada (Desc.) []

Resultado: GOT(AST) _____ GPT(ALT) _____ Fecha: ___/___/___

	Negativo	Positivo	No realizado	Pendiente	Dudoso	Desconocido	Fecha
Anti-VHC:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/___/___
VHC-RNA	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/___/___
Ag HC:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/___/___
IgM anti-C22:	[]	[]	[]	[]	[]	[]	___/___/___

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 []

INCIDENTE / PREVALENTE: Incidente [] Prevalente []

NOSOCOMIAL: Sí [] No [] Desconocido [] Hospital Fuente: _____

Factores de riesgo (2 semanas a 6 meses antes del inicio de la enfermedad)

	SÍ	NO	NS/NC	FECHA
1. ¿Es un recién nacido de madre enferma o portadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Ha tenido el paciente contacto con un caso confirmado o sospechoso de hepatitis C? En caso afirmativo especificar: 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"/> Especificar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Es residente en una institución de larga estancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Es interno en una institución penitenciaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Trabaja en una institución para residentes de larga estancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Es personal sanitario en contacto con sangre o derivados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Es usuario o ha sido usuario de drogas por vía endovenosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Es usuario o ha sido usuario de drogas por vía intranasal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Riesgo de relaciones sexuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Ha tenido el enfermo inoculación percutánea accidental con material potencialmente contaminado con VHC?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
11. ¿Ha tenido contacto con material potencialmente contaminado con VHC a través de mucosa o heridas en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
12. ¿Es hemofílico o padece otra enfermedad para la que recibe o ha recibido alguna transfusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
13. ¿Está en tratamiento con hemodiálisis? Centro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
14. ¿Ha recibido algún trasplante? Centro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/___
15. ¿Ha estado sometido a prácticas cruentas? (Cirugía, Tatuajes, Acupuntura, Dentista, etc). Especificar técnica, lugar y fecha _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Medidas adoptadas	SÍ	NO	NS/NC	FECHA
1. Educación Sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Estudio de contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Vacunas: Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__

Observaciones: _____
