

FICHA EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS B

Caso sospechoso: Toda persona que presente fiebre, malestar general, anorexia, y molestias abdominales, seguida en pocos dias de ictericia, dependiendo de la edad del paciente

DATOS GENERALES DEL PACIENTE: Nro de caso: _____
 Nombre y Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ años ___ mes
 Sexo: F M Telf. Referencia: _____ dia mes año
 Domicilio actual: _____ Municipio: _____ Dpto: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES
 ¿Dónde trabajan los Padres y/o tutor del caso sospechoso?
 Nro. De hermanos _____ Edad de los hermanos: _____
 ¿Dónde asisten? Escuela Guarderia Otros _____

DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE: Hospitalizado: SI NO
 Fecha de inicio de los síntomas: ___/___/___ dia mes año
 Dias de hospitalización _____ Fecha de ingreso: ___/___/___ dia mes año
 Fecha en la que se realizo la ficha: ___/___/___ dia mes año
 Diagnóstico de ingreso: _____
 ¿Recibio transfucion sanguinea? SI NO

ANTIBIOTICOTERAPIA: Uso previo de antibióticos SI NO
 Cuál?: _____
 Fecha de primera dosis: ___/___/___ dia mes año
 Fecha de última dosis: ___/___/___ dia mes año

SIGNOS Y SINTOMAS:

	SI	NO		SI	NO
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapetencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Características orina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oscuro	<input type="checkbox"/>	Claro <input type="checkbox"/>
Vomitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Características de las heces	<input type="checkbox"/>	Constipación <input type="checkbox"/>
Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorragico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarreicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE
 Restablecido
 Enfermo
 Fallecido

ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS:

¿Tuvo contacto con otro caso sospechoso en los ultimos 15 a 30 dias? SI NO FECHA ___/___/___ Donde? _____

¿Ingerió alimentos sospechosos en los ultimos 15 dias? SI NO FECHA ___/___/___ Donde? _____

Nro. De personas _____

¿Viajo dentro de los ultimos 15 dias? SI NO FECHA ___/___/___ Donde? _____

ANTECEDENTES VACUNALES: Nro de dosis de pentavalente _____ Fecha de última dosis: ___/___/___ SI NO
 Nro. de dosis de Antihepatitis B _____ Fecha de última dosis: ___/___/___ SI NO
 Con carnet de vacunación
 ¿Lugar de vacunacion ultima dosis? _____

EVOLUCION DEL PACIENTE: Hospitalizado _____ SI NO Días de estancia: _____

DATOS DE LABORATORIO:
 Sangre Fecha recolección de muestra: ___/___/___
 Orina Fecha recolección de muestra: ___/___/___

FECHA DE CAPTACION _____ FECHA DE NOTIFICACION _____

COMENTARIO: _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: _____ CARGO: _____ FIRMA _____