

Caso probable sintomático: Todo caso con manifestaciones clínicas de: Fiebre, ictericia, coluria, y que presenta aumento del nivel de transaminasas hepáticas mayor o igual a tres veces el valor normal (según el método utilizado) y bilirrubinas aumentadas a predominio directo, durante los primeros días de la enfermedad

Caso probable asintomático: Individuo asintomático y sin historia clínica previa de hepatitis viral que presenta transaminasas elevadas de cualquier valor.

Caso confirmado : Aquel que tiene uno o más de los marcadores serológicos positivos para hepatitis viral B D

I. DATOS GENERALES

Código de notificación :..... Fecha de notificación:/...../.....
 Nombre del establecimiento..... Tipo : Hosp() C.S. () P.S. ()
 UTES/UBAS/ZONADIS/RED..... R.S. / S.R.S.....

II. DATOS DEL PACIENTE:

Nombres:..... Apellidos.....
 Ocupación.....Lugar de nacimiento.....
 Estado civil

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: M () F () Edad.....
 Procedencia: Localidad:.....Distrito:.....
 Provincia:.....Departamento:.....

III. ANTECEDENTES :

FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS B

- Transfusiones previas si () no () Cuando
- Contacto con jeringas o agujas si () no () Cuando fue la última vez.....
- Atención dental si () no () Cuando.....
- Terapia acupunturista si () no () Cuando.....
- Intervenciones quirúrgicas si () no () Cuando.....
- Usa tatuajes si () no ()
- Usuario de drogas endovenosas si () no ()
- Hemodiálisis si () no ()
- Trabajo en establecimiento de Salud : si () no () Labor que desempeña.....
- Viajes recientes . Lugar..... tiempo.....
- **Conducta sexual :**
 Heterosexual () Homosexual () N° parejas sexuales.....
 Contacto con personas promiscuas, prostibulos ()
- **En menores de edad :**

Antecedente intradomiciliario de hepatitis si () no ()
 Madre del niño con hepatitis antes del parto si () no () desconocido ()
 Si son afirmativos o desconocidos, preguntar
 tipo de parto vaginal () cesárea ()
 Producto : Prematuro () a término () post maduro () Peso al nacer.....
 Lactancia materna si () no(...) ablactancia(edad).....

- Lugar de residencia con internamiento
 hospital de salud mental () asilo () guardería () base militar () presidio ()
- Antecedente de hepatitis viral si () no () Cuando.....
- Vacuna contra hepatitis B: si () no () Ignora () ;
 Nro. De dosis: Fecha de última dosis:...../...../.....

IV. INFORMACIÓN CLINICA.

Fecha de inicio de síntomas:...../...../.....

	Si	No	Ign		Si	No	Ign
Cefalea	()	()	()	Mialgias	()	()	()
Anorexia	()	()	()	Estreñimiento	()	()	()
Fiebre	()	()	()	Palidez	()	()	()
Vómitos	()	()	()	Delirio	()	()	()
Ictericia	()	()	()	Petequias	()	()	()
Equimosis	()	()	()	Hepatomegalia	()	()	()
Epistaxis	()	()	()	Nauseas	()	()	()
Dolor abdominal	()	()	()	Artritis	()	()	()
Otros:.....							

V. EVOLUCIÓN DEL CASO:

Paciente atendido por: Medico () Enfermera () Técnico Sanitario ()

Otro () especificar:.....

Hospitalizado Si () No () Ign () Fecha de hospitalización (...../...../.....)

Hospital o C. Salud.....N° H. Clínica:.....

Tiempo de hospitalización:.....días.

Condición de alta:.....Fecha de alta:...../...../.....

Fallecido: Si () No () Ign () Fecha de defunción:/...../.....

V. LABORATORIO

Fecha de obtención de muestra :/...../.....

TIPO DE MUESTRA:	RESULTADO (POSITIVO O NEGATIVO)
Biopsia de hígado ()
Serología si() no ()	HBsAg ()Anti HDV ().....
	Anti- HBs ()Ag HDV ().....
	Anti HBc IgM ()
	Anti HBc Total ()
	HbeAg ()
Otros

VI. DIAGNOSTICO

Probable.....

Confirmado() **Descartado**()

Base del diagnostico Clínico () **Laboratorio** () **Ambos** ()

VI. CONCLUSION:

Forma Probable de Infección :.....

Lugar probable de infección:.....

Localidad.....Urbano () Rural ()

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

Otras personas con cuadro similar: Si () No ()

Donde:

VII INVESTIGADOR

Nombre

Cargo:.....Firma:.....

fecha de la investigacion.....