

**FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLOGICA
HEPATITIS VIRAL B,D Y C**

**MINISTERIO DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PREVENCIÓN Y
CONTROL DE ENFERMEDADES**

I. DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellidos: Sexo: M () F ()
 DNI Edad: Fecha de nacimiento:/...../.....
 Ocupación: Estado civil:
Procedencia del paciente (30 días antes de la enfermedad)
 Departamento: Provincia:
 Distrito: Comunidad:
 Dirección Actual:

II. DATOS GENERALES:

Establecimiento que Notifica:
 Tipo de Establecimiento: Hospital () Centro de Salud ()
 Puesto de Salud ()
 UPSS: MINSA () Essalud () Sanidad PNP-FA () Privado ()
 DIRIS/DIRESA/GERESA:
Conocimiento del caso
 Fecha de notificación: / / Fecha de Investigación: / /

III. DIAGNÓSTICO:

Clínico () Laboratorio () Ambos () Probable ()
 Caso de Hepatitis Viral B () Caso de Hepatitis Viral C () Caso de Hepatitis Viral D () Confirmado ()
 Gestante con Hepatitis B () Descartado ()
 Recién nacido expuesto a Infección por Hepatitis B () Agudo ()
 Recién nacido no expuesto a infección por Hepatitis B () Crónico ()

IV. LABORATORIO (biomarcadores)

Fecha de Toma de Muestra:/...../.....
Prueba Rápida (PR) HBs Ag Positivo () Negativo ()
 HBsAg Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Anti HBc Total Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Anti HBc IgM Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Anti HBc IgG Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Ag VHD Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Anti VHC Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 ARN-VHC Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Confirmado por otra muestra:
 Positivo () Negativo () Fecha:/...../.....
 Scanner de hígado ()

V. INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas:/...../.....
 Fatiga Si () No ()
 Anorexia Si () No ()
 Fiebre Si () No ()
 Vómitos Si () No ()
 Nauseas Si () No ()
 Ictericia Si () No ()
 Dolor Abdominal Si () No ()
 Otros:

VI. ANTECEDENTES:

Exposición 1-6 meses antes el inicio de la enfermedad

- Transfusiones previas Si () No () Desconoce ()
- Inyecciones (indicación médica) Si () No () Desconoce ()
- Atención dental Si () No () Desconoce ()
- Tratamiento acupuntura Si () No () Desconoce ()
- Intervención quirúrgica Si () No () Desconoce ()
- Tatuajes Si () No () Desconoce ()
- Drogas endovenosas Si () No () Desconoce ()
- Hemodiálisis Si () No () Desconoce ()
- Hospitalización Si () No () Desconoce ()

Factores de Riesgo

- Trabaja en Salud Sí () No ()
- Trabajador(a) sexual Sí () No ()
- Persona privada de su libertad Sí () No ()
- Población Indígena amazónica Sí () No ()
- Portador VIH Sí () No ()

Conducta sexual

Heterosexual () Homosexual ()
 N° parejas sexuales:
 Relaciones sexuales con parejas no habituales ()

Viajes recientes Sí () No ()

Lugar:
 Fecha:/...../.....

Residencia con internamiento:

Guardería () Asilo () Hospital de salud mental ()
 Base militar () Otros:

Antecedentes de Hepatitis Viral

A Si () No () Desconoce ()
 B Si () No () Desconoce ()
 C Si () No () Desconoce ()

Gestante:

FUR:/...../..... Edad Gestacional: semanas
 Fecha de primer control prenatal:/...../..... N° hijos:
 Tipo de parto: Vaginal () Cesarea ()
 Parto: Pre termino () A término () Post Término ()
 Peso al nacer: Kg
Vacuna contra Hepatitis B
 Si () No () Desconoce () Tipo de vacuna:
 N° de dosis: Fecha de última dosis:/...../.....

Documentado con carné Si () No ()

VII. EVOLUCIÓN DEL CASO.

Paciente atendido por: Médico () Enfermera () Otro () Especificar: N° de HC.
 Hospitalización: Si () No () Fecha de hosp./...../..... EESS (hospital, C.S. clínica, etc):
 Tiempo de hospitalización: días Fecha de alta:/...../..... Condición del alta:
 Fallecido: Si () No () Fecha de defunción:/...../.....

VIII. CONCLUSIÓN:

Forma probable de infección: Parenteral () Sexual () Otros:
 Lugar probable de infección: Localidad: Urbano () Rural ()

IX. INVESTIGADOR

Nombre: Cargo:
 Firma: Fecha de Informe:/...../.....