

ANEXO 1
FICHA INDIVIDUAL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS B

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA HEPATITIS VIRAL B																					
<p>CASO PROBABLE SINTOMÁTICO: Individuo que cursa con fiebre, ictericia, malestar general, anorexia, náusea, vómitos, dolor abdominal (predominante en el Hipocondrio derecho), coluria, y que presenta aumento de Transaminasas hepáticas. CASO PROBABLE ASINTOMÁTICO: Individuo asintomático o con discreto malestar, sin historia clínica previa de hepatitis, viral que presenta Transaminasas hepáticas elevadas. CASO CONFIRMADO: Caso probable con resultado de serología compatible con Hepatitis B.</p>																					
I. DATOS GENERALES																					
<p>1. Nombre del Establecimiento que Notifica: _____</p> <p>TIPO DE ESTABLECIMIENTO: HOSP_ CENTRO DE SALUD _ PUESTO DE SALUD _____ MINSA _ IPSS _ Sanidad PNP-FA _ Privado _____ DISA/DIRESA/GERSA: _____</p>	<p>2. Conocimiento del Caso Notificación : ____/____/____</p> <p>Investigación de otro caso: ____/____/____ ____/____ Defunción: ____/____/____</p> <p>Fecha de Notificación: ____/____/____</p>																				
II. DATOS DEL PACIENTE																					
<p>Nombre y apellidos: _____</p> <p>Edad: ____ Años/Meses Sexo: M () F () Ocupación: _____</p> <p>Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Procedencia del paciente (Lugar donde estuvo viviendo 30 antes de Iniciar la enfermedad): _____</p> <p>Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____</p> <p>Comunidad: _____</p> <p>Dirección Actual: _____ Distrito: _____</p>																					
III. ANTECEDENTES																					
FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR HEPATITIS																					
	SI NO																				
Transfusiones previas	() () Cuando _____																				
Pinchazos (Jeringas, agujas)	() () Cuando _____																				
Atención dental	() () Cuando _____																				
Tratamiento acupuntura	() () Cuando _____																				
Intervención Quirúrgica	() () Cuando _____																				
Usa tatuajes	() () Cuando _____																				
Usa drogas endovenosa	() () Cuando _____																				
Hemodíalisis	() () Cuando _____																				
Trabaja en Salud	() () Labor que desempeña: _____																				
Trabajador(a) sexual	() ()																				
Persona Privado de libertad	() ()																				
Gestantes de población nativa	() ()																				
Personas con ITS/VIH	() ()																				
Persona de área de alta endemicidad de Hepatitis B	() ()																				
Personas con hepatitis C	() ()																				
Viajes recientes	() () Lugar: _____ Fecha ____/____/____																				
<p>CONDUCTA SEXUAL: Heterosexual () Homosexual () Nº de parejas sexuales _____</p> <p>Contacto con personas promiscuas, prostíbulos ()</p> <p>MENORES DE EDAD:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">IGNORA</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antecedente domiciliario de hepatitis</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Madre con hepatitis antes del parto</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lactancia Materna</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td style="text-align: center;">()</td> <td>Edad de Ablactancia: _____</td> </tr> </tbody> </table> <p>TIPO DE PARTO: Vaginal: () Cesárea: ()</p> <p>PRODUCTO: Pre término () A término () Post término () Peso al nacer: _____ Kg.</p> <p>RESIDENCIA CON INTERNAMIENTO:</p> <p>Guardería () Asilo () Hospital de salud mental () Base militar: () Presidio ()</p>			SI	NO	IGNORA		Antecedente domiciliario de hepatitis	()	()	()		Madre con hepatitis antes del parto	()	()	()		Lactancia Materna	()	()	()	Edad de Ablactancia: _____
	SI	NO	IGNORA																		
Antecedente domiciliario de hepatitis	()	()	()																		
Madre con hepatitis antes del parto	()	()	()																		
Lactancia Materna	()	()	()	Edad de Ablactancia: _____																	
ANTECEDENTE DE HEPATITIS VIRAL																					
	SI NO IGNORA																				
	() () ()																				



NTS N° -MNSA/DGSP-V.01
 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
 DE LA HEPATITIS VIRAL B EN EL PERÚ"

VACUNA CONTRA HEPATITIS		A	()	()	()		
		B	()	()	()		
		C	()	()	()		
Tipo de vacuna: _____		N° de dosis _____					
Fecha de la última dosis: ___/___/___		Documentado con carne: SI () No ()					
IV. INFORMACIÓN CLÍNICA							
		Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___					
	SI	NO	IGN	SI	NO	IGN	
	Cefalea	()	()	()	Mialgias	() () ()	
	Anorexia	()	()	()	Estreñimiento	() () ()	
	Fiebre	()	()	()	Palidez	() () ()	
	Vómitos	()	()	()	Delirio	() () ()	
	Ictericia	()	()	()	Petequias	() () ()	
	Equimosis	()	()	()	Hepatomegalia	() () ()	
	Epistaxis	()	()	()	Náuseas	() () ()	
	Dolor abdominal	()	()	()	Artritis	() () ()	
Otros :.....							
V. EVOLUCION DEL CASO							
Paciente atendido por: Médico () Enfermera () Otro () Especificar: _____							
Hospitalizado: Si () No () Fecha de hospiti: ___/___/___ N° de HC: _____							
EESS (Hospital, CS, clínica, etc.): _____							
Tiempo de hospitalización: ___ días. Condición de alta _____ Fecha Alta: ___/___/___							
Fallecido: SI () NO () Fecha Defunción: ___/___/___							
VI. LABORATORIO							
Fecha de Toma de Muestra: ___/___/___							
TIPO DE MUESTRA Suero () Plasma ()							
RESULTADO Positivo () Negativo ()							
Biopsia de Hígado () Serología ()							
	HBsAg	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti-HBs	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti-HBc Total	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti-HBc IgM	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti-HBc IgG	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti-Hbe	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	HbeAg	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Ag HDV	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Anti HDV	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	ADN-VHB	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
	Otros _____	()	___/___/___	()	___/___/___	()	___/___/___
VIII. DIAGNOSTICO							
	Probable ()	Confirmado ()	Descartado ()				
DIAGNOSTICO	Clinico ()	Laboratorio ()	Ambos ()				
IX. CONCLUSIÓN							
Forma probable de infección: _____							
Lugar probable de infección: _____							
Localidad: _____ Urbano () Rural ()							
Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____							
X. INVESTIGADOR							
Nombre: _____ Cargo: _____							
Firma: _____							
Fecha de Investigación: ___/___/___							

