

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	
1. Nombre del Establecimiento que Notifica: _____ TIPO DE ESTABLECIMIENTO: HOSP_ CENTRO DE SALUD _ PUESTO DE SALUD _____ MINSA _ IPSS _ Sanidad PNP-FA _ Privado _____ DISA/DIRESA/GERSA: _____	2. Conocimiento del Caso Notificación : ____/____/____ Investigación de otro caso: ____/____/____ /____ Defunción: ____/____/____ Fecha de Notificación: ____/____/____
II. DATOS DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos: _____ Edad: ____ Años/Meses Sexo: M () F () Ocupación: _____ Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Procedencia del paciente (Lugar donde estuvo viviendo 30 antes de Iniciar la enfermedad): Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Comunidad: _____ Dirección Actual: _____ Distrito: _____	
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 ____/____/____
CONDUCTA SEXUAL: Heterosexual () Homosexual () Nº de parejas sexuales _____ Contacto con personas promiscuas, prostíbulos ()	
MENORES DE EDAD:	
	SI NO IGNORA
Antecedente domiciliario de hepatitis	() () ()
Madre con hepatitis antes del parto	() () ()
Lactancia Materna	() () () Edad de Ablactancia: _____
TIPO DE PARTO: Vaginal: () Cesárea: () PRODUCTO: Pre término () A término () Post término () Peso al nacer: _____ Kg.	
RESIDENCIA CON INTERNAMIENTO:	
Guardería () Asilo () Hospital de salud mental () Base militar: () Presidio ()	
	SI NO IGNORA
ANTECEDENTE DE HEPATITIS VIRAL	() () ()



NTS N° -Minsa/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
	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 hospít: ___/___/___ 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: ___/___/___					

