###

### ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS C Nº Caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

**Apellidos y Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ **Edad: años:** \_\_\_\_ **meses** (en menores de 2años)**:** \_\_\_\_

**Sexo:** Hombre [ ]  Mujer [ ]  **Nº ASTU:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Area Sanitaria:** \_\_\_\_

**Ocupación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Centro de Estudio/Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Año de llegada a España:** \_\_\_\_

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha de inicio de síntomas:** \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

**Transaminsas elevadas (>10 veces límite superior normalidad)** Sí [ ]  No [ ]

**Hospitalizado[[1]](#footnote-1):** Sí [ ]  No [ ]  Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  Fecha: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Lugar del caso[[2]](#footnote-2):**

 **País:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C. Autónoma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Provincia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Municipio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Importado**[[3]](#footnote-3)**:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio[[4]](#footnote-4):** \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** [ ] Hepatitis C

**Prueba** (marcar, hasta 4, de las siguientes opciones con resultado positivo):

[ ]  Detección anticuerpos (anti-VHC ELISA) [ ]  Detección anticuerpos: anti-VHc confirmada ej. Inmunoblot)

[ ]  Seroconversión reciente [ ]  Detección antígeno (core-VHC)

[ ]  Detección ácido nucleico ARN-VHC

**Genotipo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]  6

**Pruebas de VHC previas**: Sí [ ]  No [ ]

**Fecha de la última prueba negativa al VHC**: \_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí [ ]  No [ ]

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO**

**Infección / Enfermedad concurrente** (marcar hasta dos de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Infección por virus de la hepatitis B [ ]  Infección por virus de la hepatitis A

[ ]  Infección por virus de la hepatitis E [ ]  Infección por VIH

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

|  |
| --- |
| **Factores de riesgo** |
| [ ]  Asociada a cuidados sanitarios |
| [ ]  Ha recibido un trasplante |
| [ ]  Ha recibido transfusiones o hemoderivados  |
| [ ]  Está o estuvo en tratamiento de hemodiálisis |
| [ ]  Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)  |
| [ ]  Persona a Persona: Heterosexual |
| [ ] Persona a Persona: Homo/bisexual |
| [ ]  Persona a Persona: Sexual sin especificar |
| [ ]  Lesión ocupacional (trabajador sanitario) |
| [ ]  Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing) |
| [ ]  Uso de drogas inyectadas  |
| [ ]  Recién nacido madre infectada |

**Fecha probable de la exposición**\_\_-\_\_-\_\_\_\_

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Hogar [ ]  Hospital

[ ]  Otra institución cerrada [ ]  Laboratorio

[ ]  Prisión o Custodia [ ]  Otro ámbito

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  Confirmado

**Subclasifciación de caso confirmado:**

 **Infección aguda:** [ ]  **Infección crónica** [ ]

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí [ ]  No [ ]

Criterio epidemiológico Sí [ ]  No [ ]

Criterio de laboratorio Sí [ ]  No [ ]

**Asociado a brote:** Sí [ ]  No [ ]  Identificador del brote: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 C. Autónoma de declaración del brote[[6]](#footnote-6): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES[[7]](#footnote-7)**

**DATOS DEL DECLARANTE**

**Fecha de Notificación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico que declara:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centro** **de** **trabajo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



1. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-1)
2. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-2)
3. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-3)
4. Fecha de diagnóstico de laboratorio del primer resultado positivo de caso confirmado. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcarsólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)