### 

### 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)