REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
Ministerio del Poder Popular para la SALUD

SIENO

SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

Ficha de Investigación HEPATITIS VIRAL A

ENFERMEDAD: HEPATITIS VIRAL A (1E50.0) Y /O HEPATITIS NO ESPECIFICA (1E50.Z)
DEFINICIÓN DE CASO
SINTOMÁTICO ICTÉRICO: INDIVIDUO QUE PRESENTA ICTERICIA REPENTINAMENTE, SIN COLELITIASIS DETECTABLE U OBSTRUCCIÓN BILIAR, CON O SIN: FIEBRE, MALESTAR GENERAL, NÁUSEAS, VÓMITO, MIALGIA, COLURIA E HIPOCOLIA FECAL.
SINTOMÁTICO ANICTÉRICO: INDIVIDUO SIN ICTERICIA, CON UNO O MÁS SÍNTOMAS (FIEBRE, MALESTAR GENERAL, NAUSEAS, VÓMITOS, MIALGIAS) Y VALORES ASCENDENTES DE LAS AMINOTRANSFERASAS.
ASINTOMÁTICO: CONTACTO DE CASO CONFIRMADO DE HEPATITIS A. INDIVIDUO ASINTOMÁTICO CON MARCADOR REACTIVO PARA LA HEPATITIS VIRAL: A.

1 Numero del Caso:_____	2 Fecha de elaboración	3 Establecimiento :	4. Parroquia :
5. Municipio	6. Estado	7.Código Postal:	8. Fuente de Notificación: Público ○ Laboratorio ○ Búsqueda Activa ○ Privado ○ Comunidad ○

9. Primer Apellido:	10. Segundo Apellido:	11. Primer Nombre :	12.Segundo Nombre :

13. C.I. Pasaporte V ○ E ○	14.Nacionalidad:	15 Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	16. Edad:	17. Sexo 1. M ○ 2. F ○
18. Etnia.	19. Nivel Educativo: 1. I ○ 2. P ○ 3. S ○ 4. TM ○ 5. TSU/U ○	20 Años Aprobados:	21 Situación Conyugal:	1. S ○ 2. C ○ 3. U ○ 4. Se ○ 5. D ○ 6. V ○			
22. Profesión:	23.Ocupación:	24.Dirección Laboral: _____					

Dirección de Habitación (Residencia)

25. Entidad de Residencia :	26. Municipio de Residencia:	27. Parroquia de Residencia :	28. Localidad de Residencia :
29. Urb./Sector/ Zona Industrial:	30. Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda:	31.Casa/Edif./Quinta/Galpón:	32. Piso/Planta/Local:	33. Código Postal y
34. Teléfono de Habitación (fijo):	35. Teléfono Celular (móvil):	36. Punto de Referencia :	37. Tiempo de Residencia:
38. Nombre de la Madre y / o Representante :	39.Nombre del Padre y / o Representante :		

Datos Epidemiológicos

40. Cuatro semanas previas al inicio de síntomas consumo de alimentos: Lugar: _____

41. FACTORES DE RIESGO (CONSUMO DE AGUA)	SI	NO	Frecuencia	Potable	Hervida	Frecuencia	Filtrada	Otra: Especifique	Frecuencia
Agua procedente por Tubería									
Agua procedente de camión cisterna:									
Agua procedente de Botellón recargable									
Agua procedente de tanque									
Agua procedente de pozo									
Consumo de Alimentos (Contaminados, por manipuladores infectados, incluidos los comestibles crudos o que fueron manipulados después de su cocción.			¿Cuál Alimento? _____ Dónde: _____						

42. Contacto con caso similar:	SI	NO	Fecha:	Tiempo antes de Enfermarse:
*De una persona a otra por vía fecal-oral.			___/___/_____	_____
*Contacto en el ámbito laboral			___/___/_____	_____
*Contacto en el ámbito familiar			___/___/_____	_____
*Contacto en el ámbito del preescolar, escuela, guardería, Liceo ,Universidad.			___/___/_____	_____
*Ambientes privados de libertad			___/___/_____	_____
*Comunidad con sistema de recolecciónde aguas servidas Cloacas ___ Letrina___Pozo Séptico_____ Cielo abierto ____Cielo abierto ____Otro ____				
*Fuente de Abastecimiento Agua : Tubería ___Cisterna Tanque ___Pozo ____Otro ____				
*Servicio de recolección de basura				

43. Antecedentes Vacunales:

Vacuna	Fecha de la Última Dosis	Mostro Carnet o Certificado
Hepatitis A _____	_____/_____/_____	SI ____ NO ____
Hepatitis B _____	_____/_____/_____	SI ____ NO ____

44. Grupo de Riesgo al que pertenece:

Grupo A: Niños que viven en zonas endémicas de la enfermedad _____ **Grupo A.1:** Adultos que viven en zonas endémicas de la enfermedad _____
Grupo B: Personas que viajan o trabajan a países endémicos de la enfermedad _____ **Grupo C:** Usuarios de drogas inyectables _____ **Grupo D:** Personas con contacto personal con enfermos por el virus de la hepatitis A _____ **Grupo E:** Personas que trabajan con primates infectados o con virus de la hepatitis A en laboratorios de investigación_____ **Grupo F:** Personas con hepatopatía crónica, que además corren un riesgo elevado de morir por Hepatitis A fulminante _____ **Grupo G:** Manipuladores de alimentos, que preparan o sirven alimentos _____ **Ubicación Geográfica y datos de la Fuente Probable de Infección :**
Local_____ **País**_____ **Estado** _____

45. Datos Clínicos de la Enfermedad	SI	NO
Fiebre		
Malestar General		
Anorexia		
Nauseas		
Molestias Abdominales		

Diagnóstico final del caso	SI	NO
Confirmado por Laboratorio		
Confirmado por Criterio Clínico–Epidemiológico:		

46. Muestra de Laboratorio: SI___NO_____Laboratorio de Salud Pública_____Laboratorio de Higiene_____
Fecha de Envío al Laboratorio (DMA) / /

47. Pruebas Realizadas: Transaminasas Oxalacética (TGO): Resultado: _____**Fecha de entrega del resultado (DMA) / / Transaminasas Pirúvica (TGP): Resultado:**_____**Fecha de entrega del resultado: (D/M/A) / /**
BT: Resultado:_____**BD Resultado:**_____**BI Resultado:** _____ **HB Resultado:**_____
Leucocitos Resultado:_____**Anti HAV- IgM . Resultado:**_____

48. Asistencia Médica: SI ____Fecha (DMA) / / Indique el Tratamiento recibido: _____ **NO**_____

48.1 Atención ambulatoria: SI _____No _____48.2 ¿Ingresó al Hospital ? SI_____NO___ Fecha de hospitalización (DMA) / /
48.3 Servicio_____**48.4 Fecha de Alta (DMA) / / 48.5 Secuelas: SI _____48.6 Cuáles?** _____

49. Fallecido SI_____Fecha Defunción: (DMA) / / 49.1 Nº de certificado de defunción_____**NO** _____

49.2 Causas de Defunción: _____

50. Datos del responsable de registrar los datos

Nombre y Apellido: _____
Teléfono: _____
Correo: _____
Firma:_____**Fecha: (DMA) / /**