

53-Factores de Riesgos:

Factores de Riesgo	SI		NO	Ignorado	Fecha de Exposición D/M/A/
	ANTES DE 6 MESES	MAS DE SEIS MESES			
Medicamentos Inyectables					
Drogas Inyectables o Crack					
Drogas Inyectables					
Aguas contaminadas					
Alimentos Contaminados					
Tres o más compañeros sexuales					
Transplante					
Tatuaje (Piercing)					
Acupuntura					
Tratamiento Quirúrgico					
Tratamiento Dentario					
Hemodiálisis					
Hijos de Madres Portadoras					
Accidente con material Biológico					
Transfusiones de Sangre/ Derivados					
Accidente por transfusiones o Transplantes					
Hijos de Madres Portadoras					
Otras _____ Especifique : _____					

54-Sospechoso del tipo de Hepatitis / Ubicación	Ubicación Geográfica y datos de la Fuente Probable de Infección				
	Local	Parroquia	Municipio	Estado	Teléfono
Hepatitis A					
Hepatitis B					
Hepatitis C					
Otras Hepatitis Virales					

55-Datos de Contactos:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (D/M/A) .	Edad D: M: A:	Tipo de Contacto A. No Sexual/Domiciliario B. Sexual/ domiciliario C. Uso de drogas D. Otros E. Ignorado	HBsAg A. Reactivo B. No reactivo C. Inconcluso D. No realizado E. Ignorado	Anti- HBc total A. Reactivo B. No reactivo C. Inconcluso D. No realizado E. Ignorado	Anti-HVC A. Reactivo B. No reactivo C. Inconcluso D. No realizado E. Ignorado	Vacunado contra la HB Persona Inmune A. Si B. No C. Ignorado	Indicado Inmuno- globulina Humana anti HB A. Si B. No C. Ignorado

Datos de Laboratorios:

56-Paciente referido de Banco de Sangre Paciente referido de un Centro de infección de transmisión sexual Otros Especifique _____

57-Fecha de recolección de muestras en banco de sangre o centro de infección de transmisión sexual D/M/A/: _____

58. Nombre y apellido del responsable de la toma de muestra _____

59- Resultados de serologías: Reactivo: No Reactivo: Inconcluso: No realizado: Ignorado:

HBsAg Anti HBc (Total) Anti- VHC

60-Fecha de recolección de serologías D/M/A/: _____

61-Resultado Serológico/ Viroológico

Reactivo / realizado	<input type="radio"/> Positivo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Reactivo /	<input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Inconcluso	<input type="radio"/> No
Anti- VHA - IgM	<input type="radio"/> HBsAg	<input type="radio"/> Anti-HBc IgM	<input type="radio"/> Anti - HBc (total)	<input type="radio"/> Anti - HBs	<input type="radio"/> HBeAg	<input type="radio"/> Anti - HBe
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
					<input type="radio"/> Anti - VHD Total	<input type="radio"/> Anti VHD - IgM

62-Clasificación Final del Caso : Confirmación Laboratorial ____ Confirmación Clínico /Epidemiológica ____ Descartado ____ Cicatriz serológica ____ inconclusa ____

63-Forma Clínica: Hepatitis aguda ____ Hepatitis crónica /portador asintomático ____ Hepatitis fulminante ____ Inconcluso ____

64.Clasificación Etiológica :Virus A ____ Virus B ____ Virus C ____ Virus B e D ____ Virus E ____ Virus B e C ____ Virus A e B ____ Virus A e C ____ NO Aplica ____ Ignorado ____

Otro: ____

65-Fuente Probable de Infección/Mecanismo de infección:

Sexual ____ Transfusional ____ Uso de Drogas ____ Vertical ____ Accidente de Trabajo ____ Hemodiálisis ____ Domiciliario ____ Tratamiento Quirúrgico ____

Tratamiento Dentario ____ Persona/ Persona ____ Alimentos Contaminados ____ Agua Contaminadas ____ Otros ____ Ignorados ____

67-Observación:

68- Fecha de Declaración del caso:
Declaración del caso (D /M / A)

69-Medico/a responsable:

70- Enfermera / o que declara el caso:

71- Epidemiólogo / a Regional: _____ Firma: _____ Fecha (D/M /A) _____

Instrucciones Generales:

Escribir en letra de molde y con bolígrafo negro toda la información solicitada. En caso que un dato derive del anterior no dejar espacios vacíos

1. Registrar el número de caso.
2. Registrar la fecha de elaboración según formato D/M/A.
3. Registrar el nombre del establecimiento de salud donde se notificó el caso.
4. Registrar el nombre de la parroquia donde está ubicado el establecimiento de la salud.
5. Registrar el nombre del municipio donde está ubicado el establecimiento de salud.
6. Registrar el nombre del estado donde está ubicado el establecimiento de salud.
7. Registrar el código el cual tiene asignado el estado.
8. Marque con una "X" en el óvalo correspondiente la fuente de Notificación.
9. Registrar el primer apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
10. Registrar el segundo apellido de la persona afectada tal como aparece en la cédula de identidad.
11. Registrar el primer nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
12. Registrar el segundo nombre de la persona afectada tal como aparece en la cédula de Identidad.
13. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente, según la nacionalidad de la persona afectada (V si es de nacionalidad venezolana y E si es de nacionalidad Extranjera) seguidamente colocar el número de cédula de identidad o pasaporte, utilizar una casilla para cada número. En caso de ser un niño y no poseer cédula de identidad colocar el número de Cédula de Identidad de la madre.
14. Registrar la nacionalidad en caso de ser venezolano o el país de origen en caso de ser extranjero.
15. Registrar en las casillas correspondientes el día, mes y año de nacimiento de la persona afectada.
16. Registrar en el espacio correspondiente la edad de la persona afectada.
17. Marcar en el óvalo correspondiente con una "X" el sexo al cual corresponda.
18. Indicar el nombre de la etnia o pueblo indígena a la que pertenece la persona afectada .
19. Marcar una "X" en el óvalo correspondiente al nivel educativo en el cual se encuentra el paciente; I: si se encuentra en el nivel Inicial, P: si esta cursando o cursó solo el nivel de Primaria, S: si se encuentra en el nivel de Secundaria, TM: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Medio, TSU/U: si esta cursando o curso el nivel de Técnico Superior Universitario o Educación universitaria y EE: si se encuentra cursando o curso algún nivel de Educación Especial (incluye la educación recibida a través de las Misiones).

20. Registrar en el espacio correspondiente los años aprobados en el último nivel educativo cursado.
21. Marcar con una "X" en el óvalo correspondiente la alternativa que identifique la situación conyugal del usuario para el momento de la notificación de la enfermedad; S: soltero, C: casado, U: unido, D: divorciado, Se: separado, V: viudo.
22. Indicar en el espacio correspondiente la profesión desempeña la persona afectada.
23. Registrar en el espacio correspondiente la ocupación de la persona afectada.
24. Registra en el espacio correspondiente la latitud de la zona donde se produjo el caso.
25. Registrar en el espacio correspondiente la longitud de la zona donde ocurrió el caso.
26. Escribir en el espacio correspondiente el nombre de la entidad de residencia de la persona afectada.
27. Escribir en el espacio correspondiente el nombre del Municipio en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
28. Registrar en el espacio correspondiente el nombre de la parroquia donde se encuentra ubicada la residencia de la persona afectada .
29. Indicar en el espacio correspondiente el nombre de la localidad en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
30. Indicar en el espacio correspondiente la Urb./Sector/Zona Industrial en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
31. Indicar en el espacio correspondiente la Av./Carrera/Calle/Esquina/Vereda en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
32. Indicar en el espacio correspondiente la Casa/Edif./Quinta/Galpón en que se encuentra la residencia de la persona afectada.
33. Escribir en el espacio correspondiente el número del piso, planta o local donde se encuentra ubicada la residencia de la persona. Afectada.
34. Indicar en el espacio correspondiente el número de teléfono de habitación donde pueda ser ubicado la persona afectada.
35. Registrar en el espacio correspondiente el numero celular de la persona afectada.
36. Indicar en el espacio correspondiente algún punto de referencia al lugar donde habita la persona afectada.
37. Escribir en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la madre en caso de que la persona afectada sea menor de edad.
38. Escribir en el espacio correspondiente el nombre y apellido del padre en caso de que la persona afectada sea menor de edad.

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN HEPATITIS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA FICHA DE INVESTIGACIÓN HEPATITIS

39. Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente en que trimestre se encuentra la gestante afectada y en caso de no saber marcarla en el sitio correspondiente
40. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de atención medica según formato D/M/A.
41. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de inicio de síntomas según formatos D/M/A.
42. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de denuncia o notificación epidemiológica según formato (d/m/a) y N° de semana epidemiológica.
43. Registre en el espacio correspondiente la fecha de investigación según formato D/M/A.
44. Registrar en el espacio correspondiente el lugar ,parroquia ,municipio y estado donde la persona enfermo.
45. Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente si la persona afectada presenta sospecha de hepatitis A , B, C, u Otras Hepatitis .
46. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de vacunación de la ultima dosis de vacuna según formato D/M/A y marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la dosis fueron completa ,incompleta, no vacunado, o ignorado tanto de las antihepatitis A y B.
47. Registrar en el espacio correspondiente el sitio de trabajo de la persona afectada.
48. Registrar en el espacio correspondiente el plantel estudiantil donde cursa estudio la persona afectada.
49. Registrar en el espacio correspondiente la dirección y punto de referencia al punto de trabajo o plantel estudiantil donde acude la persona afectada.
50. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la institución donde se presento el caso de hepatitis viral y en caso de presentarse en la comunidad registrar el nombre del sector al cual corresponde la comunidad en mención .
51. Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente enfermedades asociadas que presenta la persona afectada.
52. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si el contacto es sexual , domiciliario o laboral y en caso de ser afirmativo para estos tres renglones marcar si es menor de seis meses o mayor de seis meses igual si es negativo o ignorado para los contactos portadores de hepatitis B o Hepatitis C.
53. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente si la persona afectada estuvo expuesta a los factores de riesgo en mención antes de 6 meses o mas de seis meses en caso de ser afirmativo , igual en caso de ser negativo o ignorado y registrar de manera obligatoria la fecha de exposición según formato (d/m/a) en transfusiones de sangre o derivados ,y accidente por transfusiones o transplantes y en caso de otros especificar .

54. Registrar en el espacio correspondiente según el tipo de hepatitis viral que se sospecha (A, B, C, Otras) la ubicación geográfica y datos de la fuente probable de infección. (localidad ,parroquia ,municipio ,estado y teléfono).
55. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido, fecha de nacimiento D/M/A edad, así como registrar el tipo de contacto con la letra asignada en el renglón tipo de contacto , en relación al anfigeno de superficie para la hepatitis B registrar con la letra asignada en el renglón respectivo igual que Anti-HBc total y anti- hepatitis viral tipo C , colocar la letra respectiva si la persona esta inmune (dosis completa contra la hepatitis B) no recibió y colocar la letra respectiva si recibió o no ,inmunoglobulina humana Antihepatitis B.
56. Marcar con una (equis) en el ovalo correspondiente de donde fue referido la persona afectada y en caso de otro especifique.
57. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de la muestra en el banco de sangre o centro de infección de transmisión sexual .
58. Registrar en el espacio correspondiente nombre y apellido del responsable de la toma de muestra.
59. Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente los resultados de la serología.
60. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de recolección de serologías según formatos D/M/A .
61. Marcar con una equis (X) en el ovalo correspondiente los resultados de serologías y virologías.
62. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la clasificación final del caso.
63. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la forma clínica.
64. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la clasificación Etiológica.
65. Marcar con una equis (X) en el espacio correspondiente la fuente probable de infección o mecanismo de infección .
66. Marcar con una equis en espacio correspondiente la fuente probable de infección/ mecanismo de Infección.
67. Registrar en el espacio correspondiente la fecha probable de contaminación según formato D/M/A.
68. Registrar en observación puntos de interés relacionado con las diferentes tipos de hepatitis en estudio.
69. Registrar en el espacio correspondiente la fecha de declaración del caso según formato D/M/A.
70. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del medico /a responsable del caso o casos.
71. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido de la enfermera /o que declara el caso.
72. Registrar en el espacio correspondiente el nombre y apellido del epidemiólogo /a regional, firma y fecha según formato D/M/A.