



DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de trabajo: _____
Municipio: _____ Tfno.: _____
Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido 1: _____ Apellido 2: _____
Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Meses Años
País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Fecha de llegada: ____/____/____
Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Domicilio: _____ Nº _____ Piso: _____
Municipio: _____ Código postal: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____
Hospitalizado¹: Sí No
Defunción: Sí No
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____/____/____
Agente causal⁴: Hepatitis A
Muestra (marcar las muestras en las que el resultado sea positivo):
 Heces Suero
Prueba (marcar las que tengan resultado positivo):
 Ácido Nucleico, detección
 Antígeno, detección
 Anticuerpo, IgM
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

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):
 Manipulador de alimentos Atiende a personas enfermas
 Trabajador sanitario Trabajador de escuela/guardería
Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):
 Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
 Consumo de agua de bebida
 Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto 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.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



- Persona a Persona: Durante las prácticas sexuales
 Iatrogénica, sin especificar⁵
 Aguas recreativas⁶
 Otra exposición ambiental⁷

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Agua Fruta
 Mariscos, crustáceos, moluscos y productos Vegetales

Alimento más detalles:

- Agua embotellada
 Agua-Abastecimiento común
 Agua-Fuentes/Etc. (no abastecimiento)
 Agua-Abastecimiento individual

Tipo de comercialización del alimento:

- No comercializado
 Venta de alimento artesanal
 Venta de alimento industrial

Tipo de confirmación del alimento⁸ (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica
 Por evidencia de laboratorio
 Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Alimento, agente causal⁹: Hepatitis A

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

- | | |
|---|---|
| <p>– Transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Autobús
<input type="checkbox"/> Avión
<input type="checkbox"/> Barco
<input type="checkbox"/> Tren
<input type="checkbox"/> Transporte sin especificar</p> | <p>– Instituciones cerradas</p> <p><input type="checkbox"/> Geriátrico
<input type="checkbox"/> Prisión o Custodia
<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Instalación sanitaria (excepto hospital)
<input type="checkbox"/> Institución para deficientes psíquicos
<input type="checkbox"/> Otra institución cerrada</p> |
| <p>– Comedor colectivo</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Infantil
<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Instalación docente > 18 años
<input type="checkbox"/> Hotel
<input type="checkbox"/> Restaurante/Bar
<input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo</p> | <p>– Otros ámbitos</p> <p><input type="checkbox"/> Granja
<input type="checkbox"/> Instalación militar
<input type="checkbox"/> Zona específica
<input type="checkbox"/> Campamento
<input type="checkbox"/> Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro ámbito, sin especificar</p> |
| <p>– Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar
<input type="checkbox"/> Camping</p> | |

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País: _____ **C. Autónoma:** _____

Provincia: _____ **Municipio:** _____

Fecha de ida: ___/___/___ **Fecha de vuelta:** ___/___/___

⁵ Iatrogénica sin especificar: Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes..., sin especificar

⁶ Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.

⁷ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...

⁸ Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección

⁹ Alimento, agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento.



DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí No

Número de dosis: _____

Fecha de última dosis recibida: __-__-____

Presenta documento de vacunación Sí No

Tipo de vacuna:

A

A + B

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Probable

Confirmado

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 brote¹⁰: _____

OBSERVACIONES ¹¹

¹⁰ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹¹ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta