

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ **Apellido1:** _____ **Apellido2:** _____
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer **Fecha de nacimiento:** _____ **Edad:** _____ ☐ Meses ☐ Años
País de nacimiento: ☐ España
☐ Otros, especificar: _____ **Año de llegada a España:** _____
Nacionalidad: _____ **Teléfono 1:** _____ **Teléfono 2:** _____
Domicilio: _____ **Nº:** _____ **Piso:** _____
Municipio: _____ **Código postal:** _____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____
Provincia: _____ **Comunidad Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: _____ **Fecha de diagnóstico:** _____
Clasificación del caso: ☐ Probable ☐ Confirmado **Criterios de clasificación:** ☐ Clínico ☐ Laboratorio ☐ Epidemiológico
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):
☐ Sí ⇨ **Hospital:** _____ **Servicio:** _____
Nº historia clínica : _____
Fecha de ingreso: _____ **Fecha de alta:** _____
☐ No
Evolución: ☐ Curación ☐ Secuelas, especificar secuelas: _____
☐ Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____
Situaciones de interés epidemiológico:
☐ Albergue/Indigencia ☐ Trabaja en centro sanitario ☐ Residencia (mayores, menores,...)
☐ Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
☐ Otras, especificar: _____
Colectivo de interés: _____ **Área:** _____
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
☐ Sí, especificar: _____
☐ No
Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
☐ Coincide con el domicilio
☐ Diferente del domicilio:
Lugar: _____
Dirección: _____ **Nº:** _____ **Piso:** _____
Municipio: _____ **Código postal:** _____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____
Provincia: _____ **Comunidad Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de Trabajo: _____
Municipio: _____ **Teléfono:** _____ **Fecha de declaración:** _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de Ac (IgM)	_____	_____	_____	_____
Detección de antígeno	_____	_____	_____	_____
Detección de ac. nucleico	_____	_____	_____	_____

*Muestras de elección: suero, heces.

DATOS DE VACUNAS

Información sobre el estado vacunal:

☐ Estado vacunal desconocido

☐ Paciente no vacunado

☐ Paciente vacunado ⇒ Nombre comercial: _____

Nº dosis _____ Fecha última dosis: _____ Lote: _____

Vacunación documentada: ☐ NO documentada ☐ Algunas dosis ☐ Todas las dosis

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

☐ Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: ☐ Sí ☐ No

☐ No

DATOS ESPECÍFICOS DE HEPATITIS A

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

	Sí	No	NS/NC
ASINTOMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapetencia/Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de transaminasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ⇒ Especificar: _____

OCUPACIÓN/ACTIVIDAD DE RIESGO (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Manipula alimentos ☐ Atiende a personas enfermas

☐ Trabaja en centro sanitario ☐ Trabaja en escuela/guardería

☐ Otra ocupación de riesgo ⇒ Especificar: _____

EXPOSICIÓN durante el periodo de incubación (15-50 días previos a los síntomas):

☐ Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)*

☐ Consumo de agua de bebida sospechosa**

☐ Contacto sexual de riesgo

☐ Otros contactos con personas enfermas o infectadas

☐ Iatrogénica (transfusión, hemodiálisis, trasplante...)

☐ Aguas recreativas

☐ Otra exposición ambiental ⇒ Especificar: _____

☐ Desconocida

***Alimento sospechoso**, especificar alimento _____ y marcar una de las siguientes opciones:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frutas | <input type="checkbox"/> Vegetales crudos |
| <input type="checkbox"/> Marisco no depurado/crudo | <input type="checkbox"/> Otros alimentos |
| <input type="checkbox"/> Varios alimentos | <input type="checkbox"/> Desconocido |

****Agua de bebida sospechosa:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agua embotellada | <input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento común |
| <input type="checkbox"/> Agua de abastecimiento individual | <input type="checkbox"/> Agua de fuente o agua no tratada (<i>no abastecimiento</i>) |
| <input type="checkbox"/> Otro origen ⇒Especificar: _____ | |

Procedencia del alimento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Industrial comercializado | Nombre comercial: _____ Fabricante _____ |
| | Lote: _____ Fecha de caducidad: _____ |
| | Lugar de adquisición: _____ Fecha de adquisición: _____ |
| <input type="checkbox"/> Artesanal comercializado | Lugar de adquisición: _____ |
| | Fecha de adquisición: _____ |
| <input type="checkbox"/> No comercializado/casero | |
| <input type="checkbox"/> Origen desconocido | |

Fecha de consumo del alimento/agua: _____

Agente causal confirmado en el alimento: ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No confirmado/sospechoso | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica |
| <input type="checkbox"/> Por evidencia de laboratorio | <input type="checkbox"/> Por evidencia epidemiológica y de laboratorio |

Ámbito de exposición, especificar _____ y marcar una de las siguientes opciones:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Domicilio u otro lugar entre particulares | <input type="checkbox"/> Centro escolar |
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Restaurantes, bares y similares |
| <input type="checkbox"/> Otro comedor colectivo | <input type="checkbox"/> Otro ámbito |
| <input type="checkbox"/> Lugar desconocido o sin definir | |

DATOS DE VIAJE:

Viaje durante el periodo de incubación: ☐ Sí ☐ No

Lugar del viaje: Municipio: _____ Provincia: _____

País: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Turismo | <input type="checkbox"/> Visita familiar |
| <input type="checkbox"/> Trabajo temporal | <input type="checkbox"/> Migrante recién llegado |
| <input type="checkbox"/> Otro motivo, especificar: _____ | |

OBSERVACIONES