

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____	Apellido1: _____	Apellido2: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____ <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años
País de nacimiento: <input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Probable	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico
<input type="checkbox"/> Confirmado	<input type="checkbox"/> Laboratorio
	<input type="checkbox"/> Epidemiológico
<b>Ingreso hospitalario</b> (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):	
<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____	
Nº historia clínica : _____	
Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____	
<input type="checkbox"/> No	
<b>Evolución:</b> <input type="checkbox"/> Curación	
<input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas: _____	
<input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: _____	
<b>Situaciones de interés epidemiológico:</b>	
<input type="checkbox"/> Albergue/Indigencia <input type="checkbox"/> Trabaja en centro sanitario <input type="checkbox"/> Residencia (mayores, menores,...)	
<input type="checkbox"/> Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____	
<input type="checkbox"/> Otras, especificar: _____	
<b>Colectivo de interés:</b> _____ Área: _____	
<b>Asociado a otro caso o brote</b> (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	
<input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____	
<input type="checkbox"/> No	
<b>Ubicación del riesgo</b> (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):	
<input type="checkbox"/> Coincide con el domicilio	
<input type="checkbox"/> 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: _____

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

<input type="checkbox"/> Manipula alimentos	<input type="checkbox"/> Atiende a personas enfermas
<input type="checkbox"/> Trabaja en centro sanitario	<input type="checkbox"/> Trabaja en escuela/guardería
<input type="checkbox"/> Otra ocupación de riesgo ⇒ Especificar: _____	

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

<input type="checkbox"/> Consumo de alimento sospechoso (excepto agua de bebida)*
<input type="checkbox"/> Consumo de agua de bebida sospechosa**
<input type="checkbox"/> Contacto sexual de riesgo
<input type="checkbox"/> Otros contactos con personas enfermas o infectadas
<input type="checkbox"/> Iatrogénica (transfusión, hemodiálisis, trasplante...)
<input type="checkbox"/> Aguas recreativas
<input type="checkbox"/> Otra exposición ambiental ⇒ Especificar: _____
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Especificar: _____ |  |

Procedencia del alimento:

- Industrial comercializado

Nombre comercial: \_\_\_\_\_ Fabricante: \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Lugar de adquisición: \_\_\_\_\_ Fecha de adquisición: \_\_\_\_\_

- Artesanal comercializado

Lugar de adquisición: \_\_\_\_\_

Fecha de adquisición: \_\_\_\_\_

- No comercializado/casero

- 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