



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: ____/____/____
Transaminasas elevadas (>10 veces límite superior normalidad) Sí No
Hospitalizado¹: Sí No
Defunción: Sí No
Lugar del caso²:
País: _____ C. Autónoma: _____
Provincia: _____ Municipio: _____
Importado³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio⁴: ____/____/____
Agente causal⁵: Hepatitis C
Prueba (marcar, hasta 4, de las siguientes opciones con resultado positivo):
 Detección anticuerpos (anti-VHC ELISA) Detección anticuerpos: anti-VHc confirmada (p. ej. Inmunoblot) Seroconversión reciente
 Detección ácido nucleico ARN-VHC Detección antígeno (core-VHC)
Genotipo (marcar una de las siguientes opciones):
 1 2 3
 4 5 6
Pruebas de VHC previas: Sí No
Fecha de la última prueba negativa al VHC: ____-____-____
Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No
Identificador de muestra del declarante al LNR: _____
Identificador de muestra en el LNR: _____

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 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 Fecha de diagnóstico de laboratorio del primer resultado positivo de caso confirmado.

⁵ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.



DATOS DEL RIESGO

Infección / Enfermedad concurrente (marcar hasta dos de las siguientes opciones):

- Infección por virus de la hepatitis B Infección por virus de la hepatitis A
 Infección por virus de la hepatitis E Infección por VIH

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

Factores de riesgo
<input type="checkbox"/> Asociada a cuidados sanitarios
<input type="checkbox"/> Ha recibido un trasplante
<input type="checkbox"/> Ha recibido transfusiones o hemoderivados
<input type="checkbox"/> Está o estuvo en tratamiento de hemodiálisis
<input type="checkbox"/> Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)
<input type="checkbox"/> Persona a Persona: Heterosexual
<input type="checkbox"/> Persona a Persona: Homo/bisexual
<input type="checkbox"/> Persona a Persona: Sexual sin especificar
<input type="checkbox"/> Lesión ocupacional (trabajador sanitario)
<input type="checkbox"/> Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)
<input type="checkbox"/> Uso de drogas inyectadas
<input type="checkbox"/> Recién nacido madre infectada

Fecha probable de la exposición ____/____/____

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

- Hogar
 Hospital
 Otra institución cerrada
 Laboratorio
 Prisión o Custodia
 Otro ámbito

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

- Confirmado

Subclasificación de caso confirmado:

Infección aguda: **Infección crónica**

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 brote⁶: _____

OBSERVACIONES⁷

⁶ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁷ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta