

FICHA CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS VIRAL AGUDA

Establecimiento de Salud: _____

UTES: _____ Fecha: _____

Región o Sub Región de Salud: _____

Caso hospitalizado () Ambulatorio ()

1. _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Edad: _____ Sexo: M () F ()

L. Nacimiento: _____

L. Procedencia: _____

Localidad Distrito Provincia

Domicilio: _____

Localidad Distrito Provincia

Ocupación: _____

2. N° de Personas en Vivienda: _____ N° de Habitaciones: _____

3. Ha visto ratas en su domicilio o cerca: SI () NO ()

4. Ha tenido contacto con aguas servidas (desague): SI () NO ()

5. Tuvo antes Ictericia SI () NO () Año: _____

6. Personas que viven con Ud. ha tenido ictericia en los últimos tres meses:

SI () NO () Fecha: _____

7. En su familia alguien ha fallecido co Hepatitis () Cirrosis ()

Cáncer al Hígado () Cuándo: _____

8. Ha viajado a zonas de la Selva: SI () NO () Cuando: _____

Porqué tiempo _____ A qué lugar _____

9. Toma sus alimentos en: Casa () Ambulante () Restaurante ()

Comedor Popular () _____

10. En los últimos 6 meses (más de 4 semanas antes de la presente enfermedad):

11. ¿Ha recibido transfusiones de Sangre?: SI () NO ()

12. Intervenciones Quirúrgicas?: SI () NO ()

13. Inyectables: SI () NO ()

14. Relaciones Sexuales Sospechosas: SI () NO ()

15. Acupuntura: SI () NO ()

16.- Extracciones Dentales: SI () NO ()

17. Curaciones Dentales: SI () NO ()

18. CUADRO CLINICO: T° _____ Pulso: _____

Tiempo de enfermedad: _____

Fecha de inicio: _____ / _____ / _____

Forma de inicio: Brusco () Insidioso ()

SIGNOS Y SINTOMAS:

Fiebre	SI ()	NO ()
Cefalea	SI ()	NO ()
Vómitos	SI ()	NO ()
Diarrea	SI ()	NO ()
Dolor Abdominal	SI ()	NO ()
Vómito Negra	SI ()	NO ()
Heces Negras	SI ()	NO ()
Orinas Oscuras	SI ()	NO ()
Ictericia	SI ()	NO ()
Sangre boca/naríz	SI ()	NO ()
Petequias	SI ()	NO ()
Edema	SI ()	NO ()
Delirio	SI ()	NO ()
Coma	SI ()	NO ()
Rash cutáneo	SI ()	NO ()
Acolia	SI ()	NO ()

PRUEBAS DE LABORATORIO	FEHCA	RESULTADOS
Bilirrubinas SI () NO ()	____ / ____ / ____
TGP-TGO SI () NO ()	____ / ____ / ____

19. EVOLUCION DEL CASO

Recuperación: () Fecha de Alta: _____ / _____ / _____

Muerte: () Fecha defunción _____ / _____ / _____

20. PRUEBAS DE LABORATORIO (Virología, histopatología) y/o MUESTRA ENVIADA PARA ESTUDIO

MUESTRA	FECHA: T. Muestra	Envio	RESULTADO
Suero 1: SI () NO ()	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Suero 2: SI () NO ()	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Biopsia: SI () NO ()	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

21. DIAGNOSTICO: Sospechoso () Confirmado () Descartado ()

Otro diagnostico: _____

22. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____