



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
DIRESA - LIMA



## 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	FECHA	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	Envío	RESULTADO
Suero 1: SI ( ) NO ( )	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	.....
Suero 2: SI ( ) NO ( )	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	.....
Biopsia: SI ( ) NO ( )	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	.....

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

Otro diagnostico: \_\_\_\_\_

**22. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_