

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS C

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: _____	Área: ____ Distrito: ____ Zona Básica: _____
Provincia: _____	Comunidad Autónoma: _____	País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____	Fecha de diagnóstico: ____/____/____
Clasificación del caso: <input type="checkbox"/> Confirmado	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Epidemiológico
Ingreso hospitalario (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	
Evolución: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Secuelas, especificar secuelas: _____ <input type="checkbox"/> Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: ____/____/____	
Situaciones de interés epidemiológico:	
<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: _____	
Colectivo de interés: _____ Área: _____	
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	
<input type="checkbox"/> Sí, especificar: _____ <input type="checkbox"/> No	
Ubicación del riesgo (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: _____ Área: ____ Distrito: ____ Zona Básica: _____	
Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____	

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
Centro de Trabajo: _____
Municipio: _____ Área: ____ Teléfono: _____ Fecha de declaración: ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO (a la fecha del primer diagnóstico)

PRIMER DIAGNÓSTICO POR SEROLOGÍA				
Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Anticuerpo anti VHC (ELISA)	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Anticuerpo anti VHC (confirmado)	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Seroconversión reciente	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
PRIMER DIAGNÓSTICO POR DETECCIÓN VIRAL				
Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Ácido nucleico: ARN VHC	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Antígeno core VHC	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Carga viral (UI/ml)	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Genotipo: <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 1c <input type="checkbox"/> 1 sin subtipar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6				

DATOS DE LABORATORIO (seguimiento)

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Ácido nucleico: ARN VHC	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Antígeno core VHC	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Carga viral (UI/ml)	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
Aclaramiento viral: Fecha ___/___/_____				
<input type="checkbox"/> Aclaramiento sin tratamiento <input type="checkbox"/> Aclaramiento con tratamiento <input type="checkbox"/> No aclaramiento				

DATOS ESPECÍFICOS DE HEPATITIS C

DATOS DEL RIESGO			
Factores de riesgo:	Sí	No	NS/NC
Ha recibido un trasplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha recibido transfusiones o hemoderivados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está o estuvo en tratamiento de hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asociada a otros cuidados sanitarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona a persona: uso de material compartido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona a persona: heterosexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona a persona: homo/bisexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona a persona: sexual sin especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión ocupacional (trabajador sanitario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de drogas inyectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recién nacido de madre infectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro factor de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Especificar: _____
Factor de riesgo desconocido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha probable de exposición: ___ / ___ / ___			
Ámbito de exposición:			
<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Prisión o custodia		
<input type="checkbox"/> Centro sanitario u hospital	<input type="checkbox"/> Otro ámbito, especificar: _____		
<input type="checkbox"/> Otra institución cerrada	<input type="checkbox"/> Ámbito desconocido		
<input type="checkbox"/> Laboratorio			

INFECCIÓN/ENFERMEDAD CONCURRENTE:

	Sí	No	NS/NC
Infección virus hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección virus hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección virus hepatitis D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección virus hepatitis E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS CLÍNICOS (a la fecha del primer diagnóstico):

	Sí	No	NS/NC	
Pruebas VHC previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha última prueba negativa VHC: ___ / ___ / ___
Transaminasas elevadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(valores > 10 veces el límite superior de lo normal)
Infección aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatocarcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha Hepatocarcinoma: ___ / ___ / ___
Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grado de fibrosis hepática	<input type="checkbox"/> F0	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 Fecha evaluación fibrosis: ___ / ___ / ___

DATOS CLÍNICOS (seguimiento):

	Sí	No	NS/NC	
Tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha inicio de tratamiento: ___ / ___ / ___
Hepatocarcinoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha hepatocarcinoma: ___ / ___ / ___
Grado de fibrosis hepática	<input type="checkbox"/> F0	<input type="checkbox"/> F1	<input type="checkbox"/> F2	<input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4 Fecha evaluación fibrosis: ___ / ___ / ___

OBSERVACIONES