



ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE HEPATITIS A

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso RedAlerta: _____ ID brote RedAlerta: _____
 Nombre: _____ NUHSA: _____
 Fecha Nacimiento: ____/____/____ Edad ____ años/meses Sexo: Hombre Mujer
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Tlf: _____
 Ocupación: _____
 Centro de Est/Trabajo: _____
 Persona que realiza la encuesta: _____ TLF: _____

DATOS CLÍNICOS:

Fecha del caso¹: ____/____/____ Fecha de inicio de los primeros síntomas: ____/____/____
 Lugar probable de exposición del caso²: Municipio: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____
 Ingreso en Hospital: Sí No Desc Hospital: _____
 Defunción: Sí No Desconocido

DATOS DE LABORATORIO:

Agente causal: _____

Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio: ____/____/____

Fecha de diagnóstico microbiológico: ____/____/____

Criterios analíticos:

	SI	NO	Desconoc	Fecha
Detección del ácido nucleico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Respuesta de anticuerpos específicos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Detección del antígeno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____
Confirmación en el alimento:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____/____/____

DATOS SOBRE EL RIESGO

Contacto con casos: Sí No Desconocido

Familiar Sexual Otros Especificar: _____

Conoce a alguna persona que haya enfermado de hepatitis: Sí No

Convivientes (excluido el caso) N°: _____ (Especificar relación y edad al final de la encuesta)

¹ Fecha de inicio de síntomas o en su defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio

² Por defecto lugar de residencia del caso

Consumo de alimentos durante el periodo de incubación (de 15 a 50 días):

	SI	NO	Desc	En caso afirmativo: Donde lo compró / Dónde lo consumió
Verduras crudas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Marisco / Bivalvos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Agua no tratada o sospechosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____				/

Exposición medioambiental durante el periodo de incubación:

Sí No Desconocido En caso afirmativo especificar: _____

Antecedentes de viaje durante el periodo de incubación: Sí No Desconocido

En caso afirmativo: Lugar: _____ Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____

Ha realizado alguna excursión al campo: Sí No Donde: _____

Ha realizado actividad deportiva acuática fluvial: Sí No Donde: _____

Ámbito durante el periodo de incubación:	SI	NO	Desc	Especificar
Asiste a Escuela / Guardería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ingresado en hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reside en una institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Come fuera de su domicilio habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ocupación de riesgo:	SI	NO	Desc	Especificar
Manipulador de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trabaja en escuela/guardería o atiende personas enfermas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada Sí No Desconocido

Vacunado Sí No Desconocido

Número de dosis: _____ Fecha de última dosis recibida: ____/____/____

Tipo de Vacuna recibida: A A+B Desconocido

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso: Probable Confirmado

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Criterio epidemiológico: Sí No Desconocido

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Importado: Sí No Desconocido

Asociado a brote: Sí No Desconocido Identificador del brote: _____

Tipo de caso:

- Asiste o trabaja en guardería, colegio de preescolar o institución cerrada: Sí No
- Ha tenido/tiene contacto familiar con niños o trabajadores de las instit. anteriores: Sí No
- Ha tenido contacto con un caso confirmado de Hepatitis A: Sí No _____
- Ha realizado algún viaje: Sí No _____
- Ha realizado alguna excursión al campo: Sí No _____
- Ha realizado actividad deportiva acuática fluvial: Sí No _____

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA ADOPTADAS/OBSERVACIONES

- Aislamiento entérico:** Sí No Desconocido
- Vacunación a los contactos:** Sí No Desconocido
- Inmunoglobulina a los contactos:** Sí No Desconocido

OBSERVACIONES

ANEXO (En caso de sospecha de transmisión alimentaria, puede usarse el siguiente cuestionario)

ALIMENTOS CONSUMIDOS:

1. FRUTAS Y VERDURAS:

Consumo de frutas Sí No Consumo de verduras Sí No

Tipos y clases: _____

¿Dónde la adquiere?: (especificar el sitio en caso afirmativo)

Mercado público: Sí No Venta ambulante: Sí No Tienda: Sí No

Campo propio: Sí No (tipo de riego) _____

Procedentes de huertas locales Sí No _____

Preparación:

Lavado de la fruta y verduras Sí No Adición de gotas de lejía en el lavado: Sí No

Nº de personas que comieron: _____

Observaciones: _____

2. HELADOS/ LÁCTEOS: Sí No

Preparación: _____

Marca: _____ Tienda: _____ Domicilio: _____

Local Público: _____ Domicilio: _____

Nº de personas que comieron: _____ Observaciones: _____

3. Mariscos (incluidos bivalvos): Sí No

Fresco Congelado

Navajas Mejillones Coquinas Ostras Almejas Berberechos

Otros (Especificar): _____

Dónde lo adquiere?:

Mercado público: Sí No Venta ambulante: Sí No Tienda: Sí No

Especificar: _____

Marisqueo propio: Sí No Lugar: _____

Preparación: Al natural: Cocinadas: Al vapor: Cocidas:

Consumo público (bares): Sí No Lugar y domicilio: _____

Nº de personas que comieron: _____ Observaciones: _____

4. AGUA: Sí No

De la red pública Sí No ¿Tiene deposito o aljibe su edificio? Sí No

¿Consume agua envasada? Sí No Marca: _____

¿Consume agua de pozo en su domicilio Sí No ¿Agua a granel Sí No

En caso afirmativo marca, y lugar y domicilio de compra/consumo: _____

¿Está conectada su vivienda a la red de saneamiento?: Sí No

Consumo de agua procedente de fuentes: Sí No _____

Consumo de agua procedente de pozos propios: Sí No _____

Nº de personas que la consumen: _____ Observaciones: _____

5. OTROS ALIMENTOS: Sí No

Preparación: _____

Marca: _____ Tienda: _____ Domicilio: _____

Local Público: _____ Domicilio: _____

Nº de personas que comieron: _____

Observaciones: _____