**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS B**

**Enviar a** **epidemiologia.alertas@larioja.org**

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**    /    /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:    /    /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre** [ ]  **Mujer** [ ]  **Desconocido** [ ]

**País de nacimiento:**      **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación**     **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**    /    /

**Fecha de inicio de síntomas:**    /    /

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):** Sí [ ]  No [ ] Fecha   /    /

**Defunción:** Sí [ ]  No [ ]  Fecha   /    /     \_\_

**Lugar del caso[[3]](#footnote-3):**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí [ ]  No [ ]

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**    /    /

**Agente causal[[5]](#footnote-5):** [ ]  Hepatitis B

**Prueba** (marcar hasta 4 de las siguientes opciones con resultado positivo):

[ ]  Anticuerpo, IgM: Anti-HBc IgM [ ]  Detección acido nucleico: ADN del VHB

[ ]  Detección antígeno superficie: Ag HBs [ ]  Detección antígeno *e*: Ag HBe

**Genotipo** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

[ ]  A[ ]  B[ ]  C[ ]  D

[ ]  E[ ]  F[ ]  G[ ]  H

**Resultados de VIH:**

[ ]  Positivo

[ ]  Negativo

[ ]  No realizado

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)**: Sí [ ]  No [ ]

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**DATOS DEL RIESGO**

**Infección /Enfermedad concurrente** (marcar hasta 2 opciones de las siguientes):

[ ]  Hepatitis A [ ]  Hepatitis C

[ ]  Hepatitis D [ ]  Hepatitis E

[ ]  ITS sin especificar

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

[ ]  Asociada a cuidados sanitarios

[ ]  Ha recibido un trasplante

[ ]  Está o estuvo en tratamiento de hemodiálisis

[ ]  Ha recibido transfusiones o hemoderivados

[ ]  Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

[ ]  Persona a Persona: Heterosexual

[ ]  Persona a Persona: Homo/bisexual

[ ]  Persona a Persona: Sexual sin especificar

[ ]  Lesión ocupacional (trabajador sanitario)

[ ]  Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)

[ ]  Uso de drogas inyectadas

[ ]  Recién nacido madre infectada

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

[ ]  Hogar [ ]  Hospital

[ ]  Laboratorio [ ]  Prisión o Custodia

[ ]  Otra institución cerrada [ ]  Otro colectivo

[ ]  Otro ámbito

**DATOS DE VACUNACIÓN**

**Vacunado** **con alguna dosis**: Sí [ ]  No [ ]

 **Número de dosis:**

 **Fecha de última dosis recibida:**    /    /

**Presenta documento de vacunación** Sí [ ]  No [ ]

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

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

[ ]  Probable

[ ]  Confirmado

**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 brote[[6]](#footnote-6):

**OBSERVACIONES[[7]](#footnote-7)**

1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc..) [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-6)
7. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-7)