|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO DE CASOS DE HEPATITIS AGUDA DE ORIGEN DESCONOCIDO** | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS BÁSICOS DEL CASO PROBABLE** | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de documento | | | | Numero de id | | | | | | Sexo | | | |
| EDAD: | | Fecha de notificación al evento 900: | | | | | | Departamento | | | | Municipio | |
| ESCOLARIZADO: (si/no)  Grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Nombre de la institución: | | | | | |
| **CARACTERIZACIÓN DEL CASO PROBABLE** | | | | | | | | | | | | | |
| F. INICIO SINTOMAS: | | | | FECHA CONSULTA: | | | | | | IPS: | | | |
| HOSPITALIZADO  ⃝ SI ⃝ NO | | | FECHA HOSPITALIZACIÓN: | | | | | TRASPLANTE  ⃝ SI ⃝ NO | | | FECHA DE TRASPLANTE: | | |
| ESTADO FINAL ⃝ VIVO ⃝ MUERTO | | | | | | FECHA DE DEFUNCIÓN: | | | | | | | |
| ANTECEDENTES MEDICOS:  ⃝ Antecedente gestacional ⃝ Asma ⃝ Enfermedad autoinmune ⃝ Enfermedad hepática ⃝ Cáncer ⃝ Enfermedad genética ⃝ Asplenia ⃝ Diabetes  ⃝ toxicológicos\* ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⃝ otros cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Consumo de medicamentos en los últimos tres meses? ⃝ SI ⃝ NO  CUÁLES: | | | | | | | | | | | | | |
| ¿HA TENIDO COVID 19?  ⃝ SI ⃝ NO | | | | FECHA DE DIAGNÓSTICO: | | | | | | REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19: ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| ¿Esquema de vacunación completo para edad?: ⃝ SI ⃝ NO  VACUNA COVID-19: ⃝ SI ⃝ NO Número de dosis: \_ \_ -Biológico de última dosis:  Fecha de la última dosis: | | | | | | | | | | | | | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES *(por ejemplo, autoinmunes, parentesco de los padres, enfermedades hepáticas, Cáncer, entre otros):* | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación de los padres: | | | | | | | | | | | | | |
| **Signos y síntomas** | | | | **PARACLINICOS** | | | | | | | | | |
| **Valor (unidad de medida)** | | | | | **Interpretación (pos/neg/indeterminado, no realizado, pendiente)** | | | | |
| Ictericia | ⃝ SI ⃝ NO | | | TGO o AST | | |  | | | Ac VHA | | |  |
| Fiebre | ⃝ SI ⃝ NO | | | TGP o ALT | | |  | | | AgsHB | | |  |
| Vómito | ⃝ SI ⃝ NO | | | BT | | |  | | | Ac VH C | | |  |
| Diarrea | ⃝ SI ⃝ NO | | | BD | | |  | | | Ac VH D | | |  |
| Dolor Abdominal | ⃝ SI ⃝ NO | | | BI | | |  | | | Ac VHE | | |  |
| Acolia | ⃝ SI ⃝ NO | | | TP | | |  | | | ADENOVIRUS | | |  |
| Coluria | ⃝ SI ⃝ NO | | | TPT | | |  | | | FIEBRE AMARILLA | | |  |
| Rash Cutáneo | ⃝ SI ⃝ NO | | | INR | | |  | | | MALARIA | | |  |
| Hepatomegalia | ⃝ SI ⃝ NO | | | AMILASA | | |  | | | DENGUE | | |  |
| Sínt. Respiratorios | ⃝ SI ⃝ NO | | | FOSFATASA ALCALINA | | |  | | | LEPTOSPIROSIS | | |  |
| Encefalopatía | ⃝ SI ⃝ NO | | | LEUCOCITOS | | |  | | | CITOMEGALOVIRUS IGG | | |  |
| Prurito | ⃝ SI ⃝ NO | | | HB-HCTO | | |  | | | CITOMEGALOVIRUS IGM | | |  |
| Otros síntomas: | | | | PLAQUETAS | | |  | | | EBV IGG | | |  |
| HEMOCULTIVO | | |  | | | EBV IGM | | |  |
| COPROSCOPICO | | |  | | | ENTEROVIRUS | | |  |
|  | | |  | | | VIH | | |  |
| Otros paraclínicos: *(por ejemplo, Cultivos, Chagas, rinovirus, VSR, Herpesvirus, parvovirus, influenza, parainfluenza, antiestreptolisina, pruebas toxicológicas, pruebas de enfermedad autoinmune). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | | | | | | |
| IMÁGENES DIAGNÓSTICAS HEPÁTICAS: | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| IDX 1. | | | | IDX 2. | | | | | | IDX 3. | | | |  |
| ENVIÓ MUESTRAS AL INS:  ⃝ SI ⃝ NO | | | | FECHA DE ENVÍO AL INS: | | | | | | | | | |  |
| MUESTRAS DE LABORATORIO ENVIADAS  ⃝ sangre total ⃝ suero ⃝ materia fecal ⃝ hisopado nasofaríngeo ⃝ aspirado ⃝ orina  ⃝ Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |  |
| MUESTRAS DE PATOLOGIA (fallecido o trasplantado)  ⃝ Pulmón ⃝Hígado ⃝Cerebro ⃝Riñón ⃝Bazo  ⃝ Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |  |
| Otras muestras de patología enviadas: | | | | | | | | | | | | | |  |
| ¿Con cuántas personas vive el caso?: | | | | | | | | | | | | | |  |
| ¿Familiares con diagnóstico de covid-19 en los últimos 2 meses? SI ⃝ NO ⃝ | | | | | | | | | | | | | |  |
| ¿Contacto con algún caso con diagnóstico de hepatitis aguda de origen por establecer? ⃝ SI ⃝ NO Fecha: | | | | | | | | | | | | | |  |
| ¿viajó a otro país en el último mes? ⃝ SI ⃝ NO CÚAL? | | | | | | | | | | | | | |  |
| ¿tiene perros?  ⃝ SI ⃝ NO | | | | | ¿Vacunación del perro?  Pentavalente ⃝ SI ⃝ NO  Rabia ⃝ SI ⃝ NO  Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | | | | | | | | | | | | | |  |
| *Realice un relato del inicio de síntomas, progresión de la enfermedad e información adicional que identifique en la entrevista a los padres que considere relevante para la clasificación del caso.* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |

\*Antecedentes toxicológicos: sustancias psicoactivas, cigarrillo, plaguicidas, gases, alcohol.

Profesional que realizó la IEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:

Versión 01. 13 de mayo de 2022