

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA – Subsistema de información Sivigila

Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Cod INS 340. Hepatitis B, C y coinfección hepatitis B y Delta

FOR-R02.0000-075 V:03 2024-03-01

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID	C. Número de documento
-------------------------------------	---------------	------------------------

5. CLASIFICACIÓN DEL CASO

5.1 Con base en las definiciones de caso vigentes en el protocolo de vigilancia, este caso se clasifica como:

1. Paciente con resultado positivo para HBsAg a clasificar
 3. Hepatitis B crónica
 5. Hepatitis Coinfección B-D
 2. Hepatitis B aguda
 4. Hepatitis B por transmisión materno infantil
 6. Hepatitis C

6. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

6.1 Poblaciones y factores de riesgo <input type="checkbox"/> Hijo de madre con HBsAg (+) o diagnóstico de hepatitis C <input type="checkbox"/> Más de un compañero sexual <input type="checkbox"/> Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusión de hemoderivados <input type="checkbox"/> Usuarios de hemodiálisis <input type="checkbox"/> Trabajador de la salud <input type="checkbox"/> Accidente laboral <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos <input type="checkbox"/> Personas que se inyectan drogas	<input type="checkbox"/> Convive con persona con HBsAg (+) <input type="checkbox"/> Contacto sexual con persona con diagnóstico de hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Recibió tratamiento de acupuntura <input type="checkbox"/> Antecedente de procedimiento estético <input type="checkbox"/> Antecedente de piercing/tatuaje	6.2 Modo de transmisión más probable <input type="radio"/> 1. Materno infantil <input type="radio"/> 3. Parental/Percutánea <input type="radio"/> 2. Horizontal <input type="radio"/> 4. Sexual
6.3 Donante de sangre <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.4 Momento en el que fue diagnosticada con HB: <input type="radio"/> 1. Previo a la gestación/consulta preconcepcional <input type="radio"/> 3. En el momento del parto <input type="radio"/> 2. Durante la gestación <input type="radio"/> 4. Posterior al parto			
6.5 Semanas de gestación [][] [][]	6.6 Vacunación previa con Hepatitis B? <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	6.7 Número de dosis []	6.8 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa) [][] [][] [][][][] [][][][]	6.9 Fuente <input type="radio"/> 1. Carné o PAI web <input type="radio"/> 2. Verbal <input type="radio"/> 3. Sin dato

7. DATOS CLÍNICOS

7.1 Signos y síntomas <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	7.2 ¿Presenta alguna de las siguientes complicaciones? <input type="radio"/> 1. Falla hepática fulminante <input type="radio"/> 3. Carcinoma hepático 5. Ninguna <input type="radio"/> 2. Cirrosis hepática <input type="radio"/> 4. Síndrome febril icterico	7.3 Coinfección VIH <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No
---	---	---

8. DIAGNÓSTICO DE TRANSMISION MATERNO INFANTIL

8.1 Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión materno infantil)	8.2. Tipo de ID*	8.3. Número de identificación
---	------------------	-------------------------------

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID | PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA | PT: PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL

8.4 Aplicación de la vacuna contra la hepatitis B al recién nacido <input type="radio"/> 1. Primeras 12 horas <input type="radio"/> 3. Más de 24 h <input type="radio"/> 5. No aplicación <input type="radio"/> 2. 13 a 24 h <input type="radio"/> 4. Sin dato	8.5 Aplicación de gamaglobulina/inmunoglobulina contra la hepatitis B al recién nacido <input type="radio"/> 1. Primeras 12 horas <input type="radio"/> 3. Más de 24 h <input type="radio"/> 5. No aplicaron <input type="radio"/> 2. 13 a 24 h <input type="radio"/> 4. Sin dato
---	--

9. DATOS DE LABORATORIO

La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del modulo de laboratorios del aplicativo sivigila

9.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)	9.2 Fecha de recepción(dd/mm/aaaa)	9.3 Muestra	9.4 Prueba	9.5 Agente
[][]-[][]-[][][][]	[][]-[][]-[][][][]	[]	[]	[]
9.6 Resultado	9.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	9.8 Valor		
[]	[][]-[][]-[][][][]	[]		

Marque así	Muestra	1. Sangre total 4. Tejido 13. Suero
	Prueba	26. HBsAg 30 Patología 50. AntiVHD 51 Anti-HBc IgM 93 Anti-HBc Totales 95 Anti VHC A4 Carga viral B5 Pruebas genotípicas D0 Inmunoensayo
	Agente	12 Hepatitis B 45 Hepatitis delta 46 Hepatitis C
	Resultado	7. Compatible 10. Reactivo 11.No reactivo