

Ficha de notificación

**Hepatitis B, Hepatitis C y co-infección/supra-infección**  
**Hepatitis B-Delta - código:INS 340**

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** FOR-R02.0000-010 V:04 AÑO 2015

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID		

**5. CLASIFICACIÓN DEL CASO**

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

<input type="radio"/> 1. Hepatitis B a clasificar	<input type="radio"/> 3. Hepatitis B crónica	<input type="radio"/> 5. Hepatitis Coinfección B-D
<input type="radio"/> 2. Hepatitis B aguda	<input type="radio"/> 4. Hepatitis B por transmisión Perinatal	<input type="radio"/> 6. Hepatitis C

**6. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

<b>6.1 Población a riesgo</b> <input type="checkbox"/> Hijo de madre HBsAg (+) <input type="checkbox"/> Múltiples parejas sexuales <input type="checkbox"/> Antecedente transfusión de hemoderivados <input type="checkbox"/> Usuario de hemodialisis <input type="checkbox"/> Trabajador de la salud <input type="checkbox"/> Usuario de drogas inyectables <input type="checkbox"/> Conviviente con portador de HBsAG <input type="checkbox"/> Contacto sexual con portador HBsAG <input type="checkbox"/> Población cautiva	<b>6.2 Modo de transmisión más probable</b> <input type="radio"/> 1. Perinatal <input type="radio"/> 2. Horizontal <input type="radio"/> 3. Parental/Percutánea <input type="radio"/> 4. Sexual	<b>6.3 Donante de sangre</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	
<b>6.4 Control prenatal en embarazo</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>6.5 Edad gestacional al inicio del CPN</b>	<b>6.6 Edad gestacional al diagnóstico</b>	
<b>6.7 Vacunación previa con hepatitis B</b>	<b>6.8 Número de dosis</b>	<b>6.9 Fecha última dosis (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>6.10 Fuente de la cuál se recibió la información</b> <input type="radio"/> 1. Carné <input type="radio"/> 2. Verbal <input type="radio"/> 3. Sin dato

**7. DATOS CLÍNICOS**

<b>7.1. Signos y síntomas</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>7.2 Complicaciones</b> <input type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No	<b>7.3 ¿Cuáles complicaciones?</b> <input type="radio"/> 1. Falla hepática <input type="radio"/> 3. Carcinoma hepático <input type="radio"/> 2. Cirrosis hepática <input type="radio"/> 4. Síndrome febril icterico
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**8. DIAGNÓSTICO DE TRANSMISION PERINATAL**

<b>D. Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión perinatal)</b>	<b>E. Tipo de ID*</b>	<b>F. Número de identificación</b>
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   MS : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID		
<b>8.1 Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido</b> <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	<b>8.2 Aplicación de gamaglobulina al recién nacido</b> <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

<b>9.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>9.2 Fecha de recepción(dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>9.3 Muestra</b> <input type="text"/>	<b>9.4 Prueba</b> <input type="text"/>	<b>9.5 Agente</b> <input type="text"/>
<b>9.6 Resultado</b> <input type="text"/>	<b>9.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>9.8 Valor</b> <input type="text"/>		

<b>Marque así</b>	<b>Muestra</b> 1. Sangre total   4. Tejido   7. Heces   13. Suero
	<b>Prueba</b> 26. AghBS   30 Patología   50. AntiVHD   51 Anti-HBc IgM   93 Anti-HBc Totales   94 Anti-HBs***   95 Anti VHC
	<b>Agente</b> 12 Hepatitis b   45 Hepatitis delta   46 Hepatitis c
	<b>Resultado</b> 2- Negativo   7. Compatible   10. Reactivo   11.No reactivo

**INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO FICHAS DE NOTIFICACIÓN DATOS COMPLEMENTARIOS**  
**Hepatitis B, Hepatitis C y co-infección/supra-infección**  
**Hepatitis B-Delta - código:INS 340**

VARIABLE	CATEGORÍAS Y DEFINICIÓN	CRITERIOS SISTEMATIZACIÓN	OBLIG
<b>RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS</b>			
A. Nombres y apellidos del paciente B. Tipo de ID C. Número de identificación	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	<b>SI</b>
<b>5. CLASIFICACIÓN DEL CASO</b>			
5.1 Con base en las definiciones de caso vigentes en el protocolo de vigilancia, este caso se clasifica como:	<p><b>Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta las definiciones adjuntas para poder definir la clasificación de caso teniendo en cuenta que este evento se clasifica a partir del resultado de laboratorio:</b></p> <p><b>1 = Hepatitis B a clasificar:</b> Paciente con 24 meses o más de vida que posea una prueba para detección en sangre o tejido de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva, con o sin síntomas asociados, y a quien no se le haya realizado de forma simultánea la detección en sangre o tejido de los anticuerpos contra el antígeno core (Anti-HBcIgM o Anti-HBc Total).</p> <p><b>2 = Hepatitis B aguda:</b> Paciente con 24 meses o más de vida que posea una prueba para detección de antígeno de superficie (HBsAg) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHB, asociada a un prueba de detección de anticuerpo contra el antígeno core del tipo IgM (Anti-HBcIgM) positiva/reactiva, y que cumple por lo menos con uno de los siguientes criterios: Malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de alanino aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal.</p> <p><b>3 = Hepatitis B crónica:</b> Paciente con condiciones descritas anteriormente y que cumpla por lo menos uno de los siguientes criterios: Antígeno de superficie (HBsAg) positivo en dos oportunidades separadas por un intervalo mínimo de 6 meses. Anticuerpo contra el antígeno core total positivo (anti-HBc total) y anticuerpo IgM contra antígeno core (anti-HBcIgM) negativo.</p> <p><b>4 = Hepatitis B por transfusión perinatal:</b> Paciente menor de 24 meses de edad, con resultado serológico para detección de HBsAg positivo, nacido de una madre con una prueba de detección para HBsAg positiva.</p> <p><b>5 = Hepatitis coinfección B-D:</b> Paciente que cumpla con algunas de las definiciones de caso para Hepatitis B ya descritas, y que adicionalmente presente una prueba para detección de anticuerpos contra el antígeno Delta (Anti-VHD) positiva/reactiva en sangre o tejido.</p> <p><b>6 = Hepatitis C:</b> Paciente que presente una prueba (EIA) para detección en sangre de anticuerpos contra el VHC (Anti-VHC) positiva/reactiva o histopatología compatible con infección por el VHC. Puede o no cumplir por lo menos con uno de los siguientes criterios: Malestar general, dolores musculares, articulares, astenia, hiporexia, náusea, vómito, coluria. Ictericia o elevación de alanino-aminotransferasas a más de 2,5 veces el valor normal.</p>	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
<b>6. INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>			
6.1 Población a riesgo	Marque con una X la/s opción/es, según corresponda. Tenga en cuenta que la población a riesgo se relaciona con personas que debido a ciertas características biológicas, físicas o sociales, tienen mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades.	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
6.2 Modo de transmisión más probable	<p><b>1 = Perinatal:</b> Es frecuente la transmisión perinatal, en particular cuando las madres infectadas por el virus también son seropositivas para el antígeno e de hepatitis B (HBeAg). La tasa de transmisión de madres con positividad de los Antígenos HBs y HBe es superior al 89-90%, en tanto que la tasa de transmisión de madres positivas para el HBsAg y negativas para el HBeAg es menor de 2%.</p> <p><b>2 = Horizontal:</b> En el núcleo familiar, el VHB por lo común se transmite de niño a niño. Se han señalado las maquinillas de afeitar y los cepillos dentales compartidos por varias personas como vehículo ocasional de transmisión del VHB en ese contexto.</p> <p><b>3 = Parental/Percutánea:</b> Se produce por transferencia de sangre infectada con el virus al compartir jeringas y agujas, ya sea directamente o por contaminación de los utensilios usados para preparar la droga. Igualmente mediante la transfusión de sangre o hemoderivados, hemodiálisis, acupuntura y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufridas por personal hospitalario.</p> <p><b>4 = Sexual:</b> La transmisión sexual del varón infectado a la mujer es 3 veces más eficaz que de la mujer al varón. El coito anal, ya sea penetrante o receptivo, se acompaña de un elevado riesgo de infección.</p>	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
6.3 Donante de sangre	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
6.4 Control prenatal en el embarazo	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que el criterio se diligencia siempre y cuando la paciente esté o halla estado en gestación. 1 = Si 2 = No	Depende de la variable en datos básicos Grupo poblacional : Gestante = 1	<b>NO</b>
6.5 Edad gestacional al inicio del Control Prenatal	Anote la edad gestacional. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 0 a 42 semanas.	Depende de la variable en datos básicos Grupo poblacional : Gestante = 1	<b>NO</b>
6.6 Edad gestacional al diagnóstico	Anote la edad gestacional al momento que se realizó el diagnóstico del evento si la paciente es gestante o lo fue cuando identificaron el evento.	Depende de la variable en datos básicos Grupo poblacional : Gestante = 1	<b>NO</b>
6.7 Vacunación previa con hepatitis B	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que la vacunación previa puede ser: 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
6.8 Número de dosis	Anote el número de dosis aplicadas de la vacuna. Verifique en carné de vacunación o la información que suministre el paciente.	Variable que depende de la respuesta 1 = Si, en la variable 7.7 Vacunación previa hepatitis B	<b>NO</b>
6.9 Fecha de última dosis	Formato día-mes-año	Variable que depende de la respuesta 1 = Si, en la variable 7.7 Vacunación previa hepatitis B	<b>NO</b>
6.10 Fuente de la cual se recibió la información	Marque con una X la opción según corresponda: 1 = Carné 2 = Verbal 3 = Sin dato	Variable que depende de la respuesta 1 = Si, en la variable 7.7 Vacunación previa hepatitis B	<b>SI</b>
<b>7. DATOS CLÍNICOS</b>			
7.1 Complicaciones	Marque con una X la opción según corresponda. Tenga en cuenta que se relaciona con las complicaciones relacionadas al evento presentado. 1 = Si 2 = No	Diligencie la variable según el criterio que corresponda, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
7.2 ¿Cuáles complicaciones?	Marque con una X la opción según corresponda Tenga en cuenta que la respuesta de esta variable depende de la selección realizada en la variable anterior, lo que indica que si seleccionó la opción "No", significa que no es necesario definir la complicación.	Opcional. Depende de la respuesta en la variable 8.1, si la opción es 1 =Si, es obligatorio su diligenciamiento,	<b>NO</b>
<b>8. DIAGNÓSTICO DE TRANSMISIÓN PERINATAL: Aplica solo para transmisión perinatal.</b>			
D. Nombres y apellidos de la madre (aplica solo para transmisión perinatal)	Ingrese el nombre y apellido completo de la madre del recién nacido cuando la transmisión sea perinatal.		<b>NO</b>
E. Tipo de ID F. Número de identificación.	* Se relaciona con el tipo de documento de identidad que tiene el paciente que está siendo notificado. Diligencie una sola opción en esta variable.	* El tipo de documento debe ser coincidente con la edad del paciente. * El tipo y número de documento debe coincidir con la información ingresada en la ficha de datos básicos.	<b>NO</b>

8.1 Aplicación de la vacuna anti hepatitis B al recién nacido	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Más de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicación		<b>NO</b>
8.2 Aplicación de gamaglobulina al recién nacido	Marque con una X la opción según corresponda. 1 = Primeras 12 horas 2 = 13 a 24 horas 3 = Más de 24 horas 4 = Sin dato 5 = No aplicación		<b>NO</b>
<b>10. DATOS DE LABORATORIO: Tenga en cuenta que los datos de laboratorio deben ser ingresados en el respectivo módulo de SIVIGILA, sin embargo debe estar ingresado en los espacios respectivos de la ficha de notificación.</b>			
9.1 - 9.2	Anote la información en formato día-mes-año.	Diligencie la información solicitada, de lo contrario el sistema no permitirá continuar con la sistematización.	<b>SI</b>
9.3 a 9.6	Para ingresar la información solicitada tenga en cuenta: MUESTRA: 1. Sangre total; 4. Tejido PRUEBA: 26. AghBS; 30. Patología; 50. AntiVHD; 51. Anti-HBc IgM; 93. AntiHBc Totales; 94. Anti-HBs ***; 95. Anti VHC- AGENTE: 12. Hepatitis B; 45. Hepatitis delta; 46. Hepatitis C. RESULTADO: 2. Negativo; 7. Compatible; 10. Reactivo; 11. No reactivo.		
9.7 y 9.8 Fecha e resultado y valor	Formato día-mes-año		<b>SI</b>