

Caso sospechoso de Hepatitis B, Hepatitis C y Sífilis del adulto

Fecha de notificación: ____/____/____

Datos del notificador

Nombre y apellido:

Cel:

Institución o laboratorio:

Correo e.:

Tel:

int.:

Datos del caso

Nombres y apellidos (en imprenta):

CI (con dígito verificador):

Sexo biológico: F ☐ M ☐

Edad: ____ años ☐ meses ☐ (señale lo que corresponda)

Departamento de residencia:

Dirección:

Localidad:

Datos clínicos y epidemiológicos

Embarazo: SI ☐ NO ☐

En caso de embarazo, señale semanas de gestación: ____

Indique si pertenece a una de las siguientes poblaciones de riesgo:

transsexual/transgénero femenino ☐ trabajador/a sexual ☐ HSH (hombre sexo con hombre) ☐

Probable vía de transmisión: SEXUAL ☐ SANGUÍNEA ☐

Paraclínica

Perfil serológico HVB

Fecha de resultado: ____/____/____

HBsAg: reactivo ☐

Anti-HBc: reactivo ☐

Anti-HBc IgM: reactivo ☐

Perfil serológico HVC

Fecha de resultado: ____/____/____

Anti-HCV: reactivo ☐

Sífilis

Fecha de resultado: ____/____/____

VDRL/RPR: reactivo ☐ ____ UI

Prueba treponémica: reactiva ☐ no reactiva ☐

Tipo de prueba realizada: FTA/TPHA ☐ Prueba rápida ☐ Inmunoensayo ☐