

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:

transexual/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