



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE HEPATITIS A-E

Definición de caso sospechoso: toda persona que presenta fiebre, malestar general, anorexia, y molestias abdominales, seguida en pocos días de ictericia, dependiendo de la edad del paciente.

Definición de caso probable: caso sospechoso con transaminasas elevadas.

RECUERDE SEÑALAR CON UNA CRUZ TODA RESPUESTA AFIRMATIVA

Nombre:		Apellido:	
Sexo: M ___ F ___	Edad: _____	Domicilio:	
Barrio:		Localidad:	
		Dpto. ó Partido:	
Concurre a alguna institución? ()			
Escuela / guardería:		Grado / sala:	Turno:
Comedor:			
Club:		Tiene Pileta? ()	

Fecha de inicio de síntomas:/...../.....

Contactos previos con pacientes (Hepatitis /ictéricos) (Estuvo Ud. en contacto con algún paciente con hepatitis?) []

Hepatitis "A": _____ Fecha ó Tiempo antes de enfermar _____

- Contacto en el ámbito laboral _____ / ____ / ____
- Contacto en el ámbito familiar _____ / ____ / ____
- Contacto en el ámbito del jardín, escuela,, guardería _____ / ____ / ____
- Contacto en el comedor _____ / ____ / ____
- Contacto en el club _____ / ____ / ____
- Otro. Cuál..... _____ / ____ / ____

- Antecedentes de Vacunación contra la Hepatitis A: [] Mostró carnet o certificado []

Fecha: 1ra Dosis: ____/____/____ 2da Dosis: ____/____/____ Gammaglobulina: [] Fecha: ____/____/____

Extracción de muestra

Fecha ____/____/____ Enviada al Servicio de:.....

Fecha ____/____/____ Profesional actuante

RESULTADOS DE LABORATORIO

Fecha ____/____/____ Servicio:

Pruebas realizadas: antiHAV-IgM [] Resultado:..... antiHAV-IgG [] Resultado:.....

Otras [] Especificar cuáles y resultados.....

CLASIFICACION FINAL DEL CASO:.....

Fecha ____/____/____ Autoridad sanitaria de la Jurisdicción

NOTA: ESTA FICHA DEBE SER REMITIDA A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA DE NACIÓN, a través de la Dirección de Epidemiología provincial a : notifica@msal.gov.ar y sespetxe@msal.gov.ar Tel./Fax 011-4379-9127



FICHA DE EMBARAZADA HBsAg positiva APLICACION DE INMUNOGLOBULINA HIPERINMUNE (HBIg) AL RECIEN NACIDO

PROVINCIA:.....DPTO. REGION.....

ESTABLECIMIENTO:.....

1) DATOS DE LA MADRE HBsAg-positiva

Apellido y nombre:.....

Laboratorio que expidió resultado de positividad:.....

.....Profesional:.....

Lugar y fecha:.....

2) DATOS DEL RECIEN NACIDO

Apellido y nombre:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Hora:.....

Establecimiento:.....

Aplicación de HBIg:

Fecha:...../...../..... Hora:..... Establecimiento:.....

Lote N°..... Fecha de vencimiento:...../...../.....

Aplicación de la Vacuna Antihepatitis B

Fecha:...../...../..... Hora:..... Establecimiento:.....

Observaciones:.....

.....

3) DATOS PROFESIONAL RESPONSABLE

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....



CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES FICHA EPIDEMIOLOGICA HEPATITIS B, C y D

1.-Identificación del paciente

Apellido y nombres:

Fecha de nacimiento: .../.../..... Edad (años):.....Sexo: hombre mujer

Domicilio: (calle N°).....

Localidad:.....Area ó Dpto.:.....

Provincia:.....

Ocupación:.....

2.-Datos clínicos y de laboratorio

Fecha de inicio de síntomas:...../...../.....

Descripción clínica:.....

Hospital:.....Es Puesto Centinela: SI NO

Servicio:.....

Laboratorio: HBsAg AntiHBc HBeAg Anti-HBe

Anti-HBc IgM AntiHBs AntiHDV antiHCV Otras

Diagnóstico: Hepatitis B - Hepatitis C Hepatitis D

Fecha de diagnóstico:...../...../.....

Evolución: Buena Crónica Fallecido

3.-Datos epidemiológicos (de 4-28 semanas previas al comienzo de síntomas)

Tipo de caso: esporádico asociado a brote donante

Pertenece a grupo de riesgo: SI NO

Especifique:.....

Medidas adoptadas

Educación Sanitaria: SI NO Vacunación a contactos: SI NO

Otros datos que considere

relevantes.....

.....

.....

4.-Datos del declarante

Fecha de notificación del caso:...../...../.....

Apellido y nombre del profesional:.....