

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 sespex@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 Nº 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:.....

Nota- esta ficha deberá ser remitida a las siguientes direcciones de correo-e de la Dirección de Epidemiología de Nación:

mhernandez@msal.gov.ar (Inmunizaciones)

sespetxe@msal.gov.ar (Vigilancia Epidemiológica)

notifica@msal.gov.ar (Central de información)

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:..... Área 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 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 durante

Pertenece a grupo de riesgo:

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:.....