

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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:.....

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: h ☐ mbre ☐ r ☐ jer

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 ☐ Hepatiti ☐ D

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

Evolución: Buena ☐ Crónica ☐ Falle ☐ do

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

Tipo de caso: esporádico ☐ asociado a bite ☐ dor ☐ ante

Pertenece a grupo de riesgo: ☐ ☐ O

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:.....