

**HEPATITIS AGUDA GRAVE DE  
ORIGEN DESCONOCIDO**

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

**IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN**

Establecimiento notificador: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y nombre de notificador: \_\_\_\_\_ Rol: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo al nacer: M  F  Indeterminado Sexo legal: M  F  No binario  Género: Mujer CIS  Varón CIS  Mujer Trans  Varón Trans  Desconocido 

Domicilio: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Propio o vecino: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Caso probable:** Toda persona de 16 o menos que presenta una hepatitis aguda ( no hepA-E) con transaminasas séricas >500 UI/L (AST o ALT) y concentración de protrombina <50%, y en la que se hayan descartado causas tóxicas, enfermedades hepática crónica, causas autoinmunes o metabólicas, infecciones bacterianas y sin resultados positivos para otros virus.

**Caso probable con adenovirus positivo:** Casos probables en el que se haya detectado adenovirus.

**Caso pendiente de clasificación:** Caso de hepatitis aguda grave que se encuentra a la espera de alguno de los resultados para el diagnóstico de hepatitis A-E o de las otras causas conocidas.

**Caso descartado:** Caso de hepatitis aguda grave en el que se identificó una etiología conocida.

**Datos de vacunación**

Vacuna contra	Cant. Dosis	Fecha de última dosis
SARS CoV-2		
Hepatitis A		
Hepatitis B		

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Signos y síntomas (marcar con X lo que corresponda)						Laboratorio Clínico		
Ictericia		Diarrea		Vómito		ALAT		
Coluria		Dolor abdominal		Fiebre		ASAT		
Acolia		Hepatomegalia		Astenia		Bilirrubina total		
Hemorragia		Esplenomegalia		Ascitis		Bilirubina directa		
Prurito		Encefalopatía		Respiratorios		Concentración de protrombina		
Otros						Tiempo de protombina		

	SI	NO	FECHA		SI	NO		SI	NO
Fecha de inicio de síntomas				¿Se descartaron causas tóxicas?			¿Se descartaron causas infecciosas?		
¿Paciente internado?				¿Se descartaron causas metabólicas?			¿Se descartaron otras causas ?		
¿Paciente internado en UTI?				¿Se descartaron causas inmunológicas?			¿Se está evaluando trasplante?		

**ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS**

Antecedentes	SI	NO	Detallar
Viajes en las últimas 4 semanas (lugares y fechas)			
Consumo de medicamentos y otras sustancias en los últimos 3 meses			
Consumo de hierbas folklóricas (tipo, cantidad y tiempo)			
Provisión de agua segura en el domicilio			
Adecuada disposición de excretas en el domicilio			
¿Tuvo COVID-19 previamente? (fechas)			

Antecedentes	SI	NO	Detallar
Recibió transfusiones, hemoderivados o trasplante de órganos sólidos o medula ósea y/o tratamiento odontológico previo			
¿Estuvo en internación en las últimas 4 semanas?			
¿Otros antecedentes de riesgo? (exposición ambiental, alimentos de riesgo, etc)			

## IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Marcador etiológico en laboratorio local (indica resultado +0-)				Muestra derivada al LNR			
antiHAV-IgM		RNA-HCV		RNA-HEV (suero)		Sangre entera con EDTA (1)	FTM
antiHAV-IgG		antiSARSCoV-2 IgG antiN		RNA-HEV (materia fecal)		Suero (2)	
HBsAg		antiSARSCoV-2 IgG antiS		Adenovirus (suero)		Materia fecal fresca (3)	
antiHBc-IgM		antiHEV-IgM		Adenovirus (materia fecal)		Hisopado nasofaríngeo (4)	
antiHCV		antiHEV-IgG		Adenovirus (HNF)		Biopsia	

1. (tubo primario, tapa lila), 5ml; 2. (tubo primario tapa amarilla con gel separador, centrifugado localmente antes del envío), 5ml. Puede ser también plasma en tubos PPT (tubo primario, tapa blanca); 3. (poca cantidad, alrededor de 10 gr o dos cucharaditas de té) - recogida en frasco estéril sin ningún agregado ni medio de transporte viral o bacteriano. 4. en medio de transporte viral o en 2 ml de solución fisiológica. Enviar todo el material refrigerado y correctamente rotulado en condiciones estándar de bioseguridad (triple envase).

## CLASIFICACIÓN DEL CASO

Caso probable

Caso probable con Adenovirus positivo

Pendiente de clasificación

Caso descartado

## DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: \_\_\_\_\_

Establecimiento Notificación: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ e- mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma y sello del notificador