

HEPATITIS VIRALES

Ley 15465/60. Ficha Versión 2024

Definición de caso

Sospechoso: Toda persona que presente Ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2.5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares, articulares astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

Sospechoso por marcador serológico reactivo: Individuo asintomático con algún marcador reactivo VHA (IgM), VHB, VHC, VHD, VHE.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ H.C.: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo al nacer: M F DNI: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Teléfono Propio o vecino: _____

Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

En caso que el paciente sea un menor, o este incapacitado para responder, se deberá consignar quien brinda la información:

Madre: Padre: Otros: _____Concurre a: Institución escolar Grado/ Sala: ____ Turno: ____ Club: Pileta: Comedor: Reside en institución:

Cuál/es? _____ Dirección/ Tel: _____

Fecha de inicio: Desconocida: Conocida: _____ Tpo. de evolución de los síntomas ____ días/meses Embarazo **DATOS EPIDEMIOLOGICOS****Antecedentes de riesgo**

- Actividad sexual sin método barrera Inyectables Acupuntura
 Asiático o descendente de asiático Hemodiálisis* Transm. Vertical
 UDI Tto. odontológico* Sin agua de red
 Droga inhalada Cirugía* Sin cloacas
 Transfusión* Transplante*
 Tatuajes/ Piercing*

Viaje en los últimos 6 meses: No Si Dónde? _____* **Aclarar datos:** Fecha ____/____/____ **Lugar:** _____ **1 HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres)**Comorbilidades: _____ Contacto con portador Caso sospechoso

Fecha estimada del 1° contacto: _____

DATOS DE VACUNACIÓN**Gammaglobulinas** No Si Tipo: Ig estándar HBIg N° dosis: _____ Fecha 1° dosis: ____/____/____ Fecha última dosis: _____**Vacunas:** No Si VHA N° dosis: ____ Fecha 1° dosis: ____/____/____ Fecha 2° dosis: ____/____/____VHB N° dosis: ____ Fecha 1° dosis: ____/____/____ Fecha 2° dosis: ____/____/____ Fecha 3° dosis: ____/____/____

DATOS DE LABORATORIO

Marcadores Viroológicos/ Clínicos (Si la IgM VHA se confirma dentro de las 24 hs, aguardar resultados para iniciar acciones de control)

HEPATITIS A

	Resultado	Fecha
Anti VHA- IgM		
Anti VHA IgG		

HEPATITIS B

	Resultado	Fecha
Anti - HBs		
Anti - HBc - IgM		
Anti - HBc - iGg		
HBsAg		

HEPATITIS C

	Resultado	Fecha
HBe Ag		
Anti- HBe		
VHB- DNA		

OTRAS

	Resultado	Fecha
Anti VHC		
VHC- RNA		
Anti- VHD		
Anti- VHE		

P: Positivo N:Negativo NR: No Realizado

Laboratorio o lugar de realización: _____

DATOS CLÍNICOS

Enfermedad Actual: Sintomático Anictérico
 Sintomático Ictérico
 Asintomático

Sospechoso por: Marcador serológico reactivo
 Fallo hepático
 Otros: _____

Hospitalizado: No

Si Lugar: _____ Fallecido Fecha: ____/____/____ Causa del fallecimiento: _____

Clasificación final del caso: _____

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Medidas de control

Educación Sanitaria N° de contacto del caso(totales) _____ N° de contactos < de 1 año: _____
 N° de contactos embarazada: _____ N° de contactos vacunados (durante la investigación en terreno): _____ Otros datos: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre de Profesional: _____

Establecimiento Notificación: _____

Tel: _____ e- mail: _____

Localidad: _____

Fecha: ____/____/ 20____

firma y sello del notificador