



### 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

|                                                                    |                    |                          |               |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|
| <b>Nombre:</b>                                                     |                    | <b>Apellido:</b>         |               |
| <b>Sexo:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | <b>Edad:</b> _____ | <b>Domicilio:</b>        |               |
| <b>Barrio:</b>                                                     |                    | <b>Localidad:</b>        |               |
|                                                                    |                    | <b>Dpto. ó Partido:</b>  |               |
| <b>Concurre a alguna institución? ( )</b>                          |                    |                          |               |
| <b>Escuela / guardería:</b>                                        |                    | <b>Grado / sala:</b>     | <b>Turno:</b> |
| <b>Comedor:</b>                                                    |                    |                          |               |
| <b>Club:</b>                                                       |                    | <b>Tiene Pileta? ( )</b> |               |

**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gamaglobulina: [ ] 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](mailto:notifica@msal.gov.ar) y [sespetxe@msal.gov.ar](mailto: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](mailto:mhernandez@msal.gov.ar) (Inmunizaciones)

[sespetxe@msal.gov.ar](mailto:sespetxe@msal.gov.ar) (Vigilancia Epidemiológica)

[notifica@msal.gov.ar](mailto: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:.....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 bite ☐ drogante ☐

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:.....