

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE HEPATITIS VIRALES

Se notificarán los casos probables de VHB, VHC y VHE, y los casos confirmados de todas las hepatitis virales (VHA, VHB, VHC y VHE)



Fecha de recolección en papel

CLASIFICACIÓN DEL CASO

DATOS DEL PACIENTE

Complete o marque con una cruz (X) en las casillas indicadas según corresponda

Apellido y Nombre:

Tipo de documento: Número de documento:

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección (calle y n°):

Ciudad: Provincia: Teléfono:

Género

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- Varón cis:** la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
- Mujer cis:** la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacimiento.
- Varón trans:** identidad de género masculino y sexo asignado al nacimiento mujer.
- Mujer trans:** identidad de género femenino y sexo asignado al nacimiento varón.
- Otro**

Cobertura social → **Plan /Seguro público** **Obra social** **Plan salud privado/Mutual** **Ninguno**

Nivel de educación máximo alcanzado

- | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sin estudios | <input type="checkbox"/> Secundario incompleto | <input type="checkbox"/> Terciario completo |
| <input type="checkbox"/> Primario incompleto | <input type="checkbox"/> Secundario completo | <input type="checkbox"/> Universitario incompleto |
| <input type="checkbox"/> Primario completo | <input type="checkbox"/> Terciario incompleto | <input type="checkbox"/> Universitario completo |

CLÍNICA

Establecimiento:

Dirección: Provincia:

Profesional: Fecha de consulta: ____/____/____

Signos y síntomas:

Fecha de inicio síntomas: ____/____/____ Asintomático

Diagnóstico referido/ Constatado: Fecha de diagnóstico ____/____/____ Fecha desconocida SI NO

Diag. referido/ estadio clínico al momento del diagnóstico confirmado

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HBsAg reactivo | <input type="checkbox"/> HBsAg reactivo y anti VHD reactivo | <input type="checkbox"/> Prueba rápida positiva para HEPATITIS B |
| <input type="checkbox"/> Prueba rápida positiva para HEPATITIS C | <input type="checkbox"/> Anticuerpos VHC reactivos | |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos VHC reactivos con HCV-RNA detectable | <input type="checkbox"/> Anticuerpos VHE (IgM, IgG y/o totales) reactivos | |
| <input type="checkbox"/> VHE ARN (cualitativos y/o cuantitativos) detectable | <input type="checkbox"/> VHA IgM reactivo | |

Comorbilidades:

Hepatitis fulminante Trasplante hepático

Internación → SI NO Lugar:

Condición de alta/egreso → Fallecido fecha: ____/____/____
Causa de fallecimiento vinculado al evento SI ¿Cuál?
NO

EVENTO SNVS

FICHA DEL CIUDADANO

CLÍNICA



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE HEPATITIS VIRALES

EPIDEMIOLOGÍA

Viajes → SI NO ¿Dónde?

Fecha inicio ____/____/____ Fecha finalización ____/____/____

Si concurre/reside en una institución, especificar:

Dirección / teléfono:

Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión: (puede marcar más de una)

Ambiental: Agua contaminada Sin agua de red Sin cloacas

Usuario de drogas: Inyectables Inhalatorias

Asiático o descendiente de asiático **Accidente laboral**

Tratamiento odontológico

Conviviente con hepatitis **Trasplante**

Prác. sexuales sin protección con: Varón cis Mujer cis Varón trans Mujer trans

Procedimientos no médicos invasivos **Transmisión vertical**

Procedimientos médicos invasivos* **Receptor de sangre o hemoderivados***

Hemodiálisis* **Desconocido**

*Lugar y fecha :

Vacunación NO

SI VHA N° Dosis ____ Fecha 1° dosis: ____/____/____ Fecha 2° dosis: ____/____/____

VHB N° Dosis ____ Fecha 1° dosis: ____/____/____ Fecha 2° dosis: ____/____/____ Fecha 3° dosis: ____/____/____

Estudio de contacto: N° de contactos sintomáticos del caso (totales):

Otros datos:

LABORATORIO

Esta sección deberá ser completada exclusivamente por personal de laboratorio

Establecimiento toma de muestra:

Establecimiento diagnóstico:

MUESTRA	FECHA TOMA DE MUESTRA	DETERMINACIÓN	TÉCNICA	RESULTADO	FECHA DE RESULTADO

DATOS DEL NOTIFICANTE

Institución:

Dirección: Ciudad/Provincia:

Nombre y Apellido del notificante:

Teléfono: Correo electrónico:

Firma y sello: Matrícula: