

**FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN  
HEPATITIS VIRALES A-E**

Caso sospechoso: toda persona que presente fiebre, malestar general, anorexia y molestias abdominales seguido o no en pocos días de ictericia

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Edad  Años  Meses  Días Sexo  F  M C.I. N°

Domicilio \_\_\_\_\_

Depto \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Zona: Urbana  Rural  País \_\_\_\_\_ Tel.

Ocupación  Dirección trabajo o escuela \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN**

Vacuna antihepatitis A?  SI  NO 1° dosis  /  /  2° dosis  /  /  Presenta Carné  SI  NO

**En los 45 días previos al inicio de síntomas:**

Tuvo contacto con personas enfermas de hepatitis o con síntomas parecidos a los suyos?  SI  NO

¿Dónde? Trabajo	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Realizar visita y verificar. Lista contactos
Familia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Realizar visita y verificar. Lista contactos
Jardín/Escuela	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Realizar visita y verificar. Lista contactos
Comedor	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Realizar visita y verificar. Lista contactos
Club	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Realizar visita y verificar. Lista contactos

Sala/Grado

¿va a la piscina?  SI  NO

Nro de habitantes en la vivienda \_\_\_\_\_ Nro cuartos para dormir \_\_\_\_\_ Nro personas/cuarto \_\_\_\_\_

Agua de consumo red  canilla pública

Disposición de excretas cloacas  pozo ciego  pozo abierto  cielo abierto

Tipo de baño con descarga  excusado  otro \_\_\_\_\_ compartido con otras viviendas  SI  NO

**ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN**

Fecha inicio síntomas  /  /  Fecha 1° consulta  /  /  Centro \_\_\_\_\_

**Signos y síntomas**

Fiebre  Malestar general  Anorexia

Ictericia  dolor abdominal  Otros

hospitalización  SI  NO fecha  /  /  Diagnóstico ingreso \_\_\_\_\_

**DATOS DE LABORATORIO**

TGO ..... (VN:.....) TGP ..... (VN:.....) Bb T..... BbD..... Bbl.....

Anti HAV- IgM  SI  NO Resultado \_\_\_\_\_ Anti HAV IgG  SI  NO Resultado \_\_\_\_\_

**CONDICIÓN AL EGRESO**

Fecha de egreso  /  /

Tipo de egreso Alta   
Fallecido   
Transferido

Establecimiento de transferencia \_\_\_\_\_

**DATOS DEL NOTIFICANTE**

Fecha de notificación  /  /  Nombre del Notificante \_\_\_\_\_

EESS \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_