



IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Establecimiento notificador:Provincia:Departamento:

Fecha de notificación: / / Apellido y nombre del notificador.....

Teléfono: Correo electrónico:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Tipo de documento: DNI DE IND N° Apellido y Nombre:Teléfono: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Persona gestante: SI NO

Lugar de residencia: Provincia.....Departamento: Localidad:

Domicilio: Calle / Mza:.....N°..... Piso..... Depto: Cód. Postal:.....

Caso Probable: Toda persona de 16 años 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, enfermedad hepática crónica, causas autoinmunes o metabólicas, infecciones bacterianas y sin resultados positivos para otros virus

Caso Probable con adenovirus positivo: Caso probable 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 | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Ictericia | <input type="radio"/> Diarrea | <input type="radio"/> Vómitos | ALAT | | |
| <input type="radio"/> Coluria | <input type="radio"/> Dolor abdominal | <input type="radio"/> Fiebre | ASAT | | |
| <input type="radio"/> Acolia | <input type="radio"/> Hepatomegalia | <input type="radio"/> Astenia | Bilirrubina Total | | |
| <input type="radio"/> Hemorragia | <input type="radio"/> Esplenomegalia | <input type="radio"/> Ascitis | Bilirrubina Directa | | |
| <input type="radio"/> Prurito | <input type="radio"/> Encefalopatía | <input type="radio"/> Respiratorios | Concentración de protrombina | | |
| Otros | | | Tiempo de protrombina | | |

| | 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 de vacunación en las últimas 4 semanas (detallar vacuna y fecha) | | | |
| Recibió transfusiones, hemoderivados o trasplante de órganos sólidos o médula ósea y/o tratamiento odontológico previo. | | | |
| Estuvo internado en las últimas 4 semanas. | | | |
| Tuvo Contacto con animales domésticos, de granja y/o roedores? | | | |
| Otros antecedentes de riesgo? (exposición ambiental, alimentos de riesgo, etc). | | | |

INFORMACIÓN DE LABORATORIO

| Marcador etiológico en laboratorio local (indicar resultado + o -) | | | Muestras derivadas al LNR | | |
|--|---|--|--|--|-----|
| antiHAV-IgM <input type="radio"/> | RNA-HCV <input type="radio"/> | RNA-HEV (suero) <input type="radio"/> | Sangre entera con EDTA (1) <input type="radio"/> | | FTM |
| antiHAV-IgG <input type="radio"/> | antiSARSCoV-2 IgG antiN <input type="radio"/> | RNA-HEV (materia fecal) <input type="radio"/> | Suero (2) <input type="radio"/> | | |
| HBsAg <input type="radio"/> | antiSARSCoV-2 IgG antiS <input type="radio"/> | Adenovirus (suero) <input type="radio"/> | Materia fecal fresca (3) <input type="radio"/> | | |
| antiHBc-IgM <input type="radio"/> | antiHEV-IgM <input type="radio"/> | Adenovirus (materia fecal) <input type="radio"/> | Hisopado nasofaríngeo (4) <input type="radio"/> | | |
| antiHCV <input type="radio"/> | antiHEV-IgG <input type="radio"/> | Adenovirus (HNF) <input type="radio"/> | Biopsia <input type="radio"/> | | |

1) (tubo primario, tapa lila), 5 ml ; 2) (tubo primario tapa amarilla con gel separador, centrifugado localmente antes del envío), 5 ml. 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 DE CASO

Caso probable Caso probable con Adenovirus positivo Pendiente clasificación Caso descartado

Nombre y apellido del notificador

Firma