



## 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
<input type="radio"/>	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 folclóricas (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