

**Hepatite A**  
**(Vírus da Hepatite A)**  
**(Código CID -10: B15)**



**1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO:** [M: masculino - F: feminino]

ÚLTIMO APELIDO (3 primeiras consoantes): \_\_\_ \_\_ \_\_

NOME PRÓPRIO (2 primeiras consoantes): \_\_\_ \_\_

DATA DE NASCIMENTO (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Sexo (M/F): \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Residência: Morada (completa) \_\_\_\_\_

Freguesia: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**2. ORIGEM DA NOTIFICAÇÃO/COMUNICAÇÃO:**

Nome do local: \_\_\_\_\_

Data da notificação (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Nome do notificador: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**3. HOSPITALIZAÇÃO:** [S: sim - N: não]

Hospitalização (S/N): \_\_\_\_\_ Data (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Faleceu (S/N): \_\_\_\_\_ Registo/utente nº: \_\_\_\_\_

Nome do hospital: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Médico responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**4. QUADRO CLÍNICO:**

(Especificar sempre a data de início. Para os sinais/sintomas que não ocorrerem, deixar o espaço em branco)

Fadiga: \_\_\_\_\_ Mal-estar geral: \_\_\_\_\_ Dores abdominais: \_\_\_\_\_

Náuseas/vómitos: \_\_\_\_\_ Anorexia: \_\_\_\_\_ Febre: \_\_\_\_\_ Icterícia: \_\_\_\_\_

Níveis séricos de aminotransferases elevados: \_\_\_\_\_

Outros sinais e sintomas relevantes (e respetivas datas de início): \_\_\_\_\_

## 5. HISTÓRIA — VIAGENS E CONTACTOS:

Viajou para fora do país/território no período de 15-50 dias antes do início dos sinais/sintomas? Se *sim*, especificar **onde**, **quando** (nome dos países/cidades/vilas/locais e respectivas datas), e **se consumiu** água não engarrafada ou alimentos possivelmente contaminados (ex: legumes, frutas e/ou carne ou moluscos crus ou mal cozinhados) :

---

---

---

Contactou com algum caso suspeito ou confirmado de Hepatite A? Se *sim*, especificar **quem**, **onde** e **quando** (nome, endereço completo e data):

---

---

---

Existem ou existiram outros membros da família, coabitantes e/ou amigos com sinais e/ou sintomas idênticos? Se *sim*, especificar **quem** e **onde** (nome e endereço completo):

---

---

---

Há conhecimento de pessoas com sinais e/ou sintomas idênticos na escola, no local de trabalho ou na vizinhança? Se *sim*, especificar **quem** e **onde** (nome e endereço completo):

---

---

---

Consumiu água potencialmente contaminada (ex: proveniente de poço, furo, ou fontanário) e/ou legumes ou frutas lavados com água potencialmente contaminada? Se *sim*, especificar **onde**:

---

---

## 6. CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL: [S: sim - N: não - A: aguarda]

Diagnóstico preliminar/definitivo: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

Data de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Confirmação laboratorial (S/N/A): \_\_\_\_\_

Se SIM, seleccione com uma cruz, o critério laboratorial utilizado para confirmação do diagnóstico:

1 – Detecção de anticorpos anti-VHA (IgM anti-VHA) no soro: \_\_\_\_\_

2 – Detecção de RNA de vírus da hepatite A, no soro ou nas fezes: \_\_\_\_\_

3 – Detecção de antigénio do vírus da hepatite A nas fezes: \_\_\_\_\_

## 7. ORIENTAÇÕES E MEDIDAS DE CONTROLO PRECONIZADAS E/OU INSTITUÍDAS:

CASO SE APLIQUE,,ESPECIFICAR: MEDIDAS, LOCAIS, DATA DE INÍCIO, DATA DE CONCLUSÃO, ETC.

---

---

## 8. CONFIRMAÇÃO E VALIDAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Data (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## 9. ANOTAÇÕES/OBSERVAÇÕES:

---

---

---

## ANEXO I – DEFINIÇÃO DE CASO<sup>1</sup>:

### HEPATITE A ( *Vírus da hepatite A* )

#### **Critérios clínicos:**

Pessoa que apresenta os primeiros sintomas da doença (p. ex. fadiga, dores abdominais, inapetência, náuseas e vômito intermitentes)

#### **E**

pelo menos um dos três critérios seguintes:

- febre;
- icterícia;
- níveis séricos de aminotransferase elevados.

#### **Critérios laboratoriais:**

Pelo menos um dos três critérios seguintes:

- detecção de ácidos nucleicos de vírus da hepatite A no soro ou nas fezes;
- resposta imunológica específica ao vírus da hepatite A;
- detecção do antígeno do vírus da hepatite A nas fezes.

#### **Critérios epidemiológicos:**

Pelo menos um dos quatro critérios seguintes:

- contágio de pessoa a pessoa;
- exposição a uma fonte comum;
- exposição a alimentos / água contaminados;
- exposição ambiental.

#### **Classificação do caso:**

##### **A. Caso possível NA**

##### **B. Caso provável**

Pessoa que preenche os critérios clínicos e apresenta uma relação epidemiológica.

##### **C. Caso confirmado**

Pessoa que preenche os critérios clínicos e laboratoriais.

1. Jornal Oficial das Comunidades Europeias, Decisão da Comissão 2002/253/CE, de 19 de Março de 2002, que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária, ao abrigo da Decisão n.º 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.

Mais informações disponíveis no sítio (acedido a 30/01/2013):

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:086:0044:0062:PT:PDF>