Hepatite B
(Vírus da Hepatite B)

(Código CID -10: B16)

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): _____

Naturalidade:_____ Nacionalidade: _____

Profissão:_____

Residência: Morada (completa):

_____

_____

Freguesia:_____ Concelho:_____

Telefone:_____

2. Origem da Notificação/Comunicação:

Nome do local (Unidade de Saúde):_____

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):____ Complicações(S/N):____ Registo/utente nº:_____

Nome do Hospital:_____ Enfermaria:_____

Médico Responsável: _____ Telefone:_____

4. Vacinação:

Vacinado (S/N):___ Nº de Inoculações:___Data da última inoculação(dd/mm/aaaa): _____

5. 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:_____ Prurido:_____ Colúria:_____ Acolia:_____

Níveis séricos de aminotransferase elevados:_____

Outros sinais e sintomas relevantes (e respectivas datas de início):_____
_____

6. História — Viagens e Contactos:

- Viajou para fora do país/território nos 6 meses antes do início dos sinais/sintomas? (S/N) _____
- **Onde? Quando?** (nome dos países/cidades/vilas/locais e respetivas datas)_____
  _____
- Contactou com algum caso suspeito ou confirmado de Hepatite B? Se *sim*, especificar **quem**, **onde** e **quando** (nome, endereço completo e data):_____
  _____

(**Responda S/N** e coloque a data, se aplicável**):**

Transfusões sanguíneas: _____ Cirurgias:_____

Dentista/Higienista oral:_____ Hemodiálise:_____ Consumo de drogas injetáveis:____

Acupunctura:_____ Tatuagens:_____ Piercings:_____

Atividade sexual:____ (Se SIM, selecione com uma cruz uma das seguintes opções abaixo):

Heterossexual (1 parceiro):____ Homossexual:___

Heterossexual (≥ 2 parceiros):____ Bissexual:___

7. Classificação Clinico-Laboratorial: [S: sim - N: não - A: aguarda]

Diagnóstico preliminar/definitivo:_____ CID-10:_____

Indique qual o genótipo:_____

Confirmação laboratorial (S/N/A):_____

Se SIM, indique qual o resultado para cada um dos seguintes marcadores sorológicos (+: positivo; -: negativo):

1 – Ag. HBs:_____

2 – Ag. HBe:_____

3 – Anticorpo Anti-HBs (IgM):_____ Anticorpo Anti-HBs (IgG):_____

4 – Anticorpo Anti-HBc (IgM):_____ Anticorpo Anti-HBc (IgG):_____

Indique o resultado da avaliação laboratorial das seguintes patologias:

1 – VHC (S/N):_____

2 – VIH (S/N):_____

8. Orientações e Medidas de Controlo Preconizadas e/ou Instituídas:

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

_____

_____

9. Confirmação e validação:

Nome:_____

Data (dd/mm/aaaa):_____

Local de trabalho:_____

Assinatura:_____

10. Anotações/Observações:

_____

_____

HEPATITE B, AGUDA

(Vírus da hepatite B)

Critérios clínicos

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

E

Pelo menos um dos três critérios seguintes:

– febre;

– icterícia;

– níveis séricos de aminotransferase elevados.

Critérios laboratoriais:

Anticorpo IgM do antigénio «core» da hepatite B (anti-HBc) positivo.

Os resultados laboratoriais devem ser interpretados de acordo com a situação vacinal.

Critérios epidemiológicos

Relação epidemiológica por contágio de pessoa a pessoa (p. ex., contacto sexual, transmissão vertical ou transfusão sanguínea).

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.

Definição de caso descrita no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, de acordo com 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