



Dirección Nacional de
Epidemiología e Información
Estratégica



Ministerio de Salud
Argentina

FICHA DE SOLICITUD DE GAMMAGLOBULINA ANTI HEPATITIS A (GAMMAGLOBULINA T)

Jurisdicción:

.....

Dpto/Región:

Establecimiento:.....

DATOS DE LA PERSONA LACTANTE (hasta 1 año)

- Apellido y nombre:.....
- Edad (meses)..... Peso (kilos).....
- Fecha de nacimiento:/...../.....
- Fecha de inicio de síntomas del caso índice:
- Fecha de contacto de la persona lactante con el caso índice:

DOSIS: 0.02 ml/kg. Máximo 3 ml.

PROFESIONAL RESPONSABLE:

Apellido y nombre:.....

Cargo o función:.....

Lugar y fecha:.....

Nota: La ficha deberá ser remitida al área de inmunizaciones jurisdiccional