

FITXA DE BOTULISME

Dades del pacient

Cognoms i nom

Data de naixement

Sexe

Data inici dels símptomes

|_|_|_|_|_|_|_|

☐ Home

☐ Dona

|_|_|_|_|_|_|_|

Domicili

Districte municipal

|_|_|_|_|_|_|_|

Localitat

Província

Dades del metge declarant

Cognoms i nom

Núm. de col·legiat

Data de la declaració

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

Centre sanitari

Codi

Telèfon

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

Localitat

Província

Codi

|_|_|_|_|_|_|_|

Data de la declaració

Setmana

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|

Dades clíniques i diagnòstiques

☐ Botulisme alimentari

☐ Botulisme per ferida

☐ Botulisme del lactant

Hospitalització

☐ Sí

☐ No

Data d'hospitalització

|_|_|_|_|_|_|_|

Centre hospitalari

Codi

|_|_|_|_|_|_|_|

Dades del laboratori

Detecció toxina botulínica

- ☐ Serum
- ☐ Femta
- ☐ Aliment

Especificar tipus toxina _____

Aïllament *C botulinum* ☐ Femta ☐ Ferida

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ Sospitós
☐ Confirmat

Si es tracta de botulisme alimentari:

	Elaboració		Si és industrial
Aliment sospitós	☐ Cassolana	☐ Industrial	especificar marca i lloc d'adquisició
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Mesures adoptades

Anti-toxina botulínica al cas ☐ Sí ☐ No

Anti-toxina botulínica a altres exposats ☐ Sí ☐ No

Nom i cognoms _____

Conclusió

Curació ☐ Sí ☐ No Data de l'alta hospitalària |_|_|_|_|_|_|_|

Defunció ☐ Sí ☐ No Data defunció |_|_|_|_|_|_|_|

Dades de l'enquestador

Nom de l'enquestador

Telèfon

Data tancament fitxa

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de brucel·losi.

Dades del pacient

Nom		Cognoms	
Data de naixement		Sexe	
		☐ Home ☐ Dona	
Adreça:		Núm.	Telèfon
Carrer o plaça			
Municipi	Província	Districte mpal.	Codi
País d'origen	Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país		Codi
Data d'inici dels símptomes			

Dades del metge declarant

Nom		Cognoms		Núm. col·legiat
Centre sanitari		Codi	Telèfon	
Municipi	Província	Codi		
Data de la declaració		Setmana de declaració		

Dades clíniques i diagnòstiques

Data del diagnòstic	Hospitalització	Data d'hospitalització
	☐ Sí ☐ No	
Centre hospitalari	Codi	

Diagnòstic serològic

☐ Sí ☐ No

Títols	Títol
☐ 1. Rosa de Bengala	☐ 2. Aglutinació en tub
☐ 3. Coombs Anti-Brucella	☐ 4. Altres. Especifiqueu-les

Cultiu

☐ Sí ☐ No

Espècie:

☐ 1. <i>Brucella spp</i>	☐ 2. <i>Brucella melitensis</i>
☐ 3. <i>Brucella abortus</i>	☐ 4. Altres. Especifiqueu-les

Dades epidemiològiques

(Referides als 6 mesos abans de l'inici dels símptomes).

Mecanisme de transmissió:

1. Hi ha hagut contacte amb animals vius?

En cas afirmatiu indiqueu-ne amb quins: Cabres

Ovelles

Vaques

Altres. Especifiqueu-los

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

2. Consum de llet i derivats no higienitzats? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 En cas afirmatiu, indiqueu-ne quins: Llet ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Formatge fresc ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Altres. Especifiqueu-los

3. Contacte amb productes d'animals morts? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Especifiqueu-lo

4. Inoculació accidental? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Especifiqueu-la

5. Via aèria ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

6. Altres vies. Especifiqueu-les

Font d'infecció:

7. Nom del propietari del bestiar
 Adreça

8. De quin animal procedeix el producte? Cabres ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Ovelles ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Vaques ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

9. D'on procedeix el producte? Ramat propi ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Compra ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas de compra, indiqueu les dades del venedor:
 Nom
 Adreça Localitat

10. Lloc/s on hi ha hagut contacte amb el bestiar
 Localitat

Mesures adoptades

1. Vigilància de persones exposades a la mateixa font? Nombre ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

2. Educació sanitària? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

3. Comunicació a Sanitat Animal? Data ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

4. Comunicació a Higiène Alimentària? Data ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

5. Comunicació a l'organisme competent en matèria de salut ocupacional? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Data ☐

6. Comunicació a un altre organisme? Data ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Especifiqueu-ho

Informació addicional

Existència d'altres casos d'exposició comuna? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Especifiqueu-ho

Conclusió

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Data d'alta hospitalària ☐

2. Va morir a conseqüència de la malaltia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 Data de defunció ☐

Observacions

Dades de l'enquestador

Nom de l'enquestador Telèfon Data de tancament de la fitxa
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CARBUNCO

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

Identificador del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

País de nacimiento:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (hasta 3 síntomas pueden ser marcados):

☐ Convulsiones

☐ Dolor abdominal intenso

☐ Ensanchamiento mediastínico

☐ Escara negra

☐ Fiebre, insuficiencia respiratoria aguda

☐ Lesión vesicular o papular

☐ Meníngea o meningo-encefálica

☐ Septicemia

☐ Otra

Hospitalizado³: Sí ☐ No ☐

Defunción: Sí ☐ No ☐

Lugar del caso⁴:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado⁵: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁶: ☐ *Bacillus anthracis*

Prueba (marcar la principal de las siguientes opciones):

☐ Ácido Nucleico, detección

☐ Aislamiento

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Ganadero
- ☐ Veterinario
- ☐ Taxidermista
- ☐ Trabajador de matadero
- ☐ Trabajador del cuero o animales de piel utilizable
- ☐ Manipulador de animales sin especificar
- ☐ Medioambiental: suelo. (agricultores, etc.)
- ☐ Trabajador de laboratorio
- ☐ Otra ocupación

Exposición (marcar la principal de las siguientes opciones):

- ☐ Aerosol
- ☐ Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
- ☐ Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)
- ☐ Ocupacional
- ☐ Uso de drogas vía parenteral (UDVP)
- ☐ Otra exposición

Animal sospechoso (marcar la principal de las siguientes opciones):

- | | |
|---|---|
| ☐ Animal de caza mayor | ☐ Animal de caza menor |
| ☐ Caballo | ☐ De granja |
| ☐ Otro animal | ☐ Otro Salvaje libre |
| ☐ Salvaje cautivo | |

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Probable
- ☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Cutáneo
- ☐ Gastrointestinal
- ☐ Pulmonar (por inhalación)

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote⁷:

OBSERVACIONES⁸

.....

.....

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Lugar del caso (país, CA, prov., mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
5. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
6. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
7. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
8. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.



FITXA EPIDEMIOLÒGICA Chikungunya

Data de declaració (dd/mm/aa)

1. Dades del cas

Núm. HC:

Nom i cognoms :

Data de naixement:

Domicili:

Home ☐ Dona ☐

CIP/NIF:

Telèfon:

Codi postal

Codi postal

Lloc de treball

Adreça feina:

País d'origen :

Data d'arribada a Catalunya

País visitat (30 dies previs a l'inici de símptomes):

Data d'arribada a Catalunya

Durada de l'estada: (dies)

Antecedents de picades de mosquit?: ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Observacions:

Data d'inici de símptomes:

Data d'ingrés

HOSPITALITZAT ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Nom del centre:

Data d'alta

2. Dades Clínicas

☐ Febre ☐ Cefalea ☐ Artritis Localització : ☐ Mans ☐ Peus ☐ Turmells
☐ Miàlgies ☐ Artràlgies ☐ Edema periarticular ☐ Dolor d'esquena
☐ Nausees i/o vòmits ☐ Astènia ☐ Anorèxia Diarrea ☐
☐ Manifestacions cutànies Especificar ☐ Sagnat de mucoses
☐ Meningoencefalitis
☐ Altres *Especifiqueu-les*

3. Proves diagnòstiques:

Data recollida de la mostra

Serologia - 1 IgM: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Serologia - 2 IgG: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Detecció viral RT-PCR: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Genotip aïllat :

4. Dades del metge o de la metgessa i del centre declarant

Nom i cognoms:

Centre sanitari:

Telèfon de contacte:

Comentaris:

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

☐ 1. Importat ☐ 2. Autòcton

Conclusió:

Cas ☐

No cas ☐

Perdut ☐

Exitus ☐

Recorregut FEINA:

Recorregut DOMICILI:

ALTRES recorreguts durant període virèmic:



Agència
de Salut Pública
Servei d'Epidemiologia
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Direcció General

Fitxa epidemiològica. Cas de còlera.

Dades del pacient

Nom

Cognoms

Data de naixement

□ □ □ □ □ □

Sexe

☐ Home

☐ Dona

Adreça

Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

□ □ □ □ □ □

Municipi

Província

Districte mpal.

Codi

□ □ □ □ □

□ □ □ □ □

País d'origen _____ Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país _____

Any d'arribada _____ Codi _____ Ocupació _____

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes □ □ □ □ □ □

Descripció clínica

Diarrea ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Deposicions líquides i riciformes ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Vòmits ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Deshidratació ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Altres símptomes ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC En cas afirmatiu. Especificar _____

Complicacions

Ingrés a l'hospital ☐ 1. Si ☐ 2. No Data d'hospitalització □ □ □ □ □ □

Centre _____ Servei _____

Tractament _____

Evolució ☐ 1. Curació ☐ 2. Defunció Data de defunció

Data de negativització del coprocultiu

Dades de laboratori

Coprocultiu realitzat ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. No realitzat

Identificació de *Vibrio cholerae* toxigènic _____

Data de la presa de mostres

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

☐ 1. Importat ☐ 2. Autòcton

Factors de risc

1. El malalt és estranger? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu indicar el país d'origen i la data d'arribada _____

2. El malalt ha viatjat a l'estranger? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu indicar el país/sos i les dates d'estàncies _____

3. Antecedents de consum de verdures o fruites crues en els 5 dies anteriors al començament de la malaltia. ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu. On els va comprar o consumir? _____

4. Antecedents de consum de marisc cru en els 5 dies anteriors al començament de la malaltia.

☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu. On els va comprar o consumir? _____

5. El malalt ha consumit aigua no tractada o aigua de la xarxa pública que ha sofert avaries o altres incidències en els 5 dies anteriors al començament de la malaltia?.

☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu. Especificar _____



FITXA EPIDEMIOLÒGICA DENGUE/DENGUE GREU

Data de declaració (dd/mm/aa)

1. Dades del cas

Núm. HC:

Nom i cognoms :

CIP/NIF:

Data de naixement:

Home ☐ Dona ☐

Domicili:

Telèfon

Domicili Treball:

Codi postal

Lloc de treball

Codi postal

País d'origen :

Data d'arribada a Catalunya

País visitat (10 dies previs a l'inici de símptomes):

Data d'arribada a Catalunya

Durada de l'estada: (dies)

Antecedents de picades de mosquit?: ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Observacions:

Ha patit Dengue prèviament: ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Quan? (any)

Ha rebut vacunació per a Febre Groga ☐ 1. Sí Especifiqueu quina: ☐ 2. No

Data d'inici de símptomes

HOSPITALITZAT ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Data d'ingrés

Nom del centre:

Data d'alta

2. Dades Clínicas

- ☐ Febre ☐ Cefalea ☐ Dolor retro-orbital ☐ Miàlgies ☐ Artràlgies
☐ Rash ☐ Petèquies
☐ Hemorràgia intestinal ☐ Hematèmesis ☐ Altres Especifiqueu-les

3. Proves diagnòstiques:

Data recollida de la mostra

Serologia - 1 IgM: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Serologia - 2 IgG: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Detecció viral RT-PCR: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzada Data

Genotip aïllat :

4. Dades del metge o de la metgessa i del centre declarant

Nom i cognoms:

Centre sanitari:

Telèfon de contacte:

Comentaris:

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat
☐ 1. Importat ☐ 2. Autòcton

Conclusió Cas ☐ No Cas ☐
Perdut ☐ Exitus ☐



Recorregut FEINA:

Recorregut DOMICILI:

ALTRES recorreguts durant el període virèmic:



Agència
de Salut Pública
Servei d'Epidemiologia
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Direcció General

FITXA EPIDEMIOLÒGICA DE DIFTÈRIA

Dades del pacient

Nom i Cognoms _____

Data de naixement

Edat (Anys)

Sexe

[][][][][][]

☐ 1. Home

☐ 2. Dona

Adreça, Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

[][][][][][]

Localitat

Província

Codi

País d'origen

Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país

Any d'arribada

Codi

Ocupació

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes

[][][][][][]

Sintomatologia _____

Localització anatòmica

☐ 1. Tonsilar

☐ 2. Faringia

☐ 3. Laringia/Traqueal

☐ 4. Nasal

☐ 5. No respiratòria

Severitat clínica

☐ 1. Lleu

☐ 2. Moderada

☐ 3. Severa

☐ 4. Assintomàtica

Complicacions (especificar)

Ingrés a l'hospital

☐ 1. Sí

☐ 2. No

Data d'hospitalització

[][][][][][]

Centre

Servei

Evolució

☐ 1. Curació

☐ 2. Defunció

Data de defunció

[][][][][][]

Dades de laboratori

Tipus de mostra recollida _____

Cultiu

☐ 1. Positiu

Tipus

☐ 1. Milis

Toxigenicitat

☐ 1. No toxigènica

☐ 2. Negatiu

☐ 2. Intermedius

☐ 2. Toxigènica

☐ 3. No realitzat

☐ 3. Gravis

☐ 4. No tipat

Altres proves (especificar) _____

Tractament

Antibiòtics ☐ 1. Si ☐ 2. No Dosis/dia, duració _____ Data |_|_|_|_|_|_|_|

Antitoxina ☐ 1. Si ☐ 2. No Dosis/dia, duració _____ Data |_|_|_|_|_|_|_|

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

Origen ☐ 1. Importat ☐ 2. Autòcton

Ha rebut vacuna davant la diftèria? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Tipus de vacuna _____

Núm. dosis rebudes _____ Dates aproximades |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Última dosis rebuda _____ Data |_|_|_|_|_|_|_|

Presenta document de vacunació? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Ha realitzat un viatge recentment? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Lloc (País) _____ Data de tornada |_|_|_|_|_|_|_|

Si és estranger, lloc d'origen _____ Data d'arribada |_|_|_|_|_|_|_|

Persones amb les que ha contactat en els últims 7 dies _____

Dades del declarant

Data de declaració del cas |_|_|_|_|_|_|_|

Metge que declara el cas _____

Centre de treball _____ Telèfon |_|_|_|_|_|_|_|

Municipi _____ Província _____

Annex 3 A.

FITXA EPIDEMIOLÒGICA FHVE Febre Hemorràgica per virus Ebola

DADES DEL DECLARANT I DE LA DECLARACIÓ Cas número: FHVE/ _____

Centre sanitari declarant: _____

Nom del declarant _____

Telèfon contacte _____

Data de la primera declaració del cas a SGVRESP (UVE) : __-__-__

DADES DEL PACIENT

Identificador del pacient: _____ Número d'història clínica: _____

CIP _____ Nom i cognoms _____

Data de Naixement: __-__-__ Edat en anys: ____ Edat en mesos < 2 anys: ____

Sexe: Home ☐ Dona ☐

Lloc de residència: País _____ Província: _____

Municipi: _____

Telèfon de contacte : _____

País de naixement: _____ Any d'arribada a Espanya: _____

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes: __-__-__ Hora: _____

Manifestacions clíniques (marcar les opcions que corresponguin)

☐ Febre : _____ °C

☐ Cefalea

☐ Petèquies

☐ Trombocitopènia

☐ Miàlgia

☐ Hemorràgia

☐ Leucopènia

☐ Odinofàgia

☐ Shock hipovolèmic

☐ Proteïnúria

☐ Diarrea

☐ Transaminases altes

☐ Fallida multi orgànica

☐ Dolor abdominal intens

☐ Vòmits

Ha estat hospitalitzat durant l'estada en zona endèmica*: Sí ☐ No ☐

*Estància almenys una nit a l'hospital

Lloc del cas (lloc d'exposició o d'adquisició de la infecció, si no es coneix consignar el lloc de residència del cas) :

País _____ Província _____

Municipi _____

Importat⁷: Sí ☐ No ☐

Data d'ingrés : __-__-__

Data de alta: __-__-__

Motiu d'ingrés _____

Motiu d'alta: Curació Sí ☐ No ☐

Repatriació Sí ☐ No ☐

Defunció:

Sí ☐ No ☐

Data de defunció: __-__-__

⁷ Importat: El cas és importat i el país del cas és diferent d'Espanya

DADES DE LABORATORI REFERÈNCIA

Hospitalitzat a hospital de referència: Sí ☐ No ☐

Data d'ingrés hospitalari: __-__-____ Data d'alta hospitalària: __-__-____

Data de presa de mostra: __-__-____

Enviament de la mostra al *Laboratorio Nacional de Referencia* (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de la mostra del declarant al LNR: _____

Identificador de la mostra en el LNR: _____

Data de diagnòstic de laboratori: __-__-____

Agent causal⁸:

☐ Virus Ebola

☐ Altre

Especificar: _____

Mostra (assenyalar la mostra principal amb resultat positiu):

☐ Sang

☐ Orina

Prova (marcar les proves positives a la mostra principal):

☐ Àcid nucleic, detecció

☐ Aïllament

☐ Anticòs, detecció

☐ Anticòs, Seroconversió

☐ Antigen, detecció

☐ Visualització

DADES DEL RISC

Ocupació de risc (marcar una de las següents opcions):

☐ Atén a persones malaltes

☐ Treballador/a del sexe

☐ Manipulador d'animals

☐ Medi ambiental: animal

☐ Treballador de laboratori

☐ Treballador sanitari

Exposició (marcar les principals si no s'ha identificat un únic mecanisme de transmissió):

☐ Contacte amb animal, teixits d'animals, o derivats.

☐ Animal de zona endèmica

☐ Persona a Persona: Contacte amb un malalt o infectat (portador)

☐ Persona a Persona: Amb persona de país d'alta prevalença

☐ Persona a Persona: Sexual sense especificar

☐ Ocupacional

☐ Altre exposició ambiental⁹ **especificar** _____

⁸Agent causal: Marcar només si s'ha confirmat per laboratori

⁹ Altre exposició ambiental: treballs de jardineria, agricultura o contacte amb objectes o sòls contaminats, escorxadors, estables....

Animal sospitós (marcar la/les opcions que corresponguin):

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Animal de caça major | ☐ Animal de caça menor | ☐ De granja |
| ☐ Mono | ☐ Mascota Exòtica | ☐ Gos |
| ☐ Ratpenat | ☐ Salvatge captiu | ☐ Rosegador |
| ☐ Cavall | ☐ Altre mascota | ☐ Gat |
| ☐ Altre Salvatge lliure | ☐ Guineu | ☐ Altre animal |

Àmbit d'exposició (marcar les opcions que corresponguin):

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Boscos | ☐ Selvàtic |
| ☐ Rural | ☐ Urbà |

Dades del viatge:

Viatge durant el període d'incubació: Sí ☐ No ☐

Lloc del viatge: País: _____ C. Autònoma: _____

Província: _____ Municipi: _____

Data d'anada: __-__-__

Data de tornada: __-__-__

Motiu de l'estada en el país endèmic (marcar una de les següents opcions):

- | | |
|---|---|
| ☐ Immigrant recent arribat | ☐ Treballador temporal |
| ☐ Turisme | ☐ Visita Familiar |
| ☐ Altre | |

Tipus d'allotjament (marcar una de les següents opcions):

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Apartament | ☐ Balneari | ☐ Càmping |
| ☐ Creuer | ☐ Hotel | ☐ Privat |
| ☐ Altre especificar | | |

CATEGORITZACIÓ DEL CAS

Classificació del cas (marcar una de las següents opcions):

- | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Sospitós en investigació | ☐ Confirmat | ☐ Descartat |
|---|------------------------------------|------------------------------------|

Criteris de classificació de cas:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Criteri clínic | Sí ☐ | No ☐ |
| Criteri epidemiològic | Sí ☐ | No ☐ |
| Criteri de laboratori | Sí ☐ | No ☐ |

Categoria diagnòstica (marcar una de las següents opcions):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ Virus Ebola | ☐ Altre Especificar: _____ |
|--------------------------------------|---|

Associat a brot: Sí ☐ No ☐ Identificador del brot: _____

OBSERVACIONS

Investigació de contactes: Sí ☐ No ☐ Altres observacions¹⁰

¹⁰ Incloure tota la informació rellevant no indicada en la resta de l'enquesta



Fitxa epidemiològica. Cas de colitis hemorràgica per *E. coli* verotoxígena

Dades del pacient

Nom		Cognoms	
Data de naixement		Sexe	
		☐ Home ☐ Dona	
Adreça:		Núm.	Telèfon
Carrer o plaça			
Municipi	Província	Districte mpal.	Codi
País d'origen	Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país		Codi
Data d'inici dels símptomes	Hora		

Dades clíniques

Febre	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc	Anèmia hemolítica	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc
Vòmits	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc	Trombocitopènia	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc
Diarrea sanguinolenta	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc	Fallida renal aguda	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc
Altres	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc	Especifiqueu-ho	
Hospitalització	Data d'ingrés	Centre hospitalari	Data d'alta hospitalària
☐ Sí ☐ No			

Dades microbiològiques

Aïllament	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc	Detecció de verotoxina a la femta	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc
Mètode de detecció de verotoxina	Altres proves (especifiqueu-les)		

Dades epidemiològiques

Pertany a algun dels següents grups de risc de transmetre la infecció?

☐ 1. Manipulador d'aliments	☐ 4. Nen que assisteix a guarderia / centre preescolar
☐ 2. Treballador d'un establiment sanitari	☐ 5. Nen o adult que es troba en institucions tancades
☐ 3. Treballador de guarderia / centre preescolar	

Si alguna de les anteriors és afirmativa, especifiqueu el nom, l'adreça i el telèfon del centre

Ha fet viatges a l'estranger 15 dies abans de l'inici dels símptomes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Lloc	País	Dates
Lloc	País	Dates

Ha tingut contacte amb animals durant els 15 dies abans de l'inici dels símptomes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

En cas afirmatiu, especifiqueu el lloc del contacte, l'adreça i el telèfon

El cas forma part d'un brot epidèmic? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

En cas afirmatiu, especifiqueu-ho

Hi ha hagut contacte amb malalt o portador durant la quinzena abans de l'inici de la simptomatologia? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Consum d'aliments sospitosos (durant la quinzena anterior a l'inici dels símptomes)Carn de vedella o bou ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc ☐ ben cuita ☐ poc cuita ☐ crua

Lloc de consum

☐ Domicili. Nom i adreça de l'establiment on va ésser adquirida

Data d'adquisició

.....

| | | |

☐ Restaurant. Nom i adreça

Data de consum

.....

| | | |

Llet

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc☐ crua☐ pasteuritzada

Lloc de consum

☐ Domicili. Nom i adreça de l'establiment on va ésser adquirida

Data d'adquisició

.....

| | | |

☐ Restaurant. Nom i adreça

Data de consum

.....

| | | |

Altres aliments sospitosos (vegetals crus...) ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc. En cas afirmatiu especifiqueu-los

Lloc de consum

☐ Domicili. Nom i adreça de l'establiment on varen ésser adquirits

Data d'adquisició

.....

| | | |

☐ Restaurant. Nom i adreça

Data de consum

.....

| | | |

Tipus d'aigua consumida durant la quinzena abans de l'inici dels símptomes?

☐ 1. Xarxa pública. Especifiqueu-ho☐ 2. Pou. Especifiqueu-ho☐ 3. Font. Especifiqueu-ho☐ 4. Altres. Especifiqueu-ho

Posteriorment a l'aparició d'aquest cas, s'han presentat altres casos de malaltia entre:

Amics ☐ 1. Sí ☐ 2. No Familiars ☐ 1. Sí ☐ 2. No Companys de classe / treball? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu:

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Mesures adoptadesComunicació a Higiene Alimentària ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Data | | | |

Comunicació a Veterinària ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Data | | | |

Control i evolucióCuració ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/NcComprovació de curació microbiològica ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/NcResultat del 1r. coprocultiu ☐ 1. + ☐ 2. -

Data | | | |

Resultat del 2n. coprocultiu ☐ 1. + ☐ 2. -

Data | | | |

Defunció

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/Nc

Data de defunció

| | | |

Observacions**Dades de l'enquestador**

Nom de l'enquestador

Telèfon

Data de tancament de la fitxa

| | | | | | | |

ANEXO II. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Fecha de notificación: / / N.º Identificación Registro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 CA: N.º Caso CA N.º Identificación Europeo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Nombre y Apellidos
 Servicio: Hospital Teléfono
 Provincia: Municipio:

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos 1.º 2.º Nombre:
 Fecha de nacimiento: / / Edad en años: Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐
 Lugar de residencia habitual:
 País: C. Autónoma:
 Provincia: Municipio: Código postal:
 Dirección de residencia habitual:
 Teléfono de contacto:
 País de nacimiento:
 País de residencia del caso al inicio de la enfermedad:
 Provincia española de residencia del caso al inicio de la enfermedad:
 Actividad laboral habitual más reciente:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

A) MANIFESTACIONES CLÍNICO-NEUROLÓGICAS

Fecha del caso¹: / /
 Fecha de inicio de síntomas (dd-mm-aaa/mm-aaaa/aaaa): / /
 Fecha de diagnóstico clínico (dd-mm-aaa/mm-aaaa/aaaa): / /

Patrón clínico de comienzo (elegir predominante):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Demencia rápidamente progresiva | ☐ Solo cerebelosa | ☐ Extrapiramidal |
| ☐ Demencia progresiva | ☐ Heidenhain | ☐ No conocido |
| ☐ Solo psiquiátrica | ☐ Perfil vascular | |

Manifestaciones clínicas (señalar todas las que aparezcan):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ☐ Cuadro neuropsiquiátrico | ☐ Signos extrapiramidales | ☐ Corea |
| ☐ Demencia | ☐ Signos piramidales | ☐ Distonia |
| ☐ Trastorno sensorial doloroso persistente | ☐ Mutismo acinético | |
| ☐ Alt. visual/ oculomotor | ☐ Alt. cerebelosa/ Ataxia | |
| ☐ Mioclonías | ☐ Otros (especificar) | |

B) DATOS GENÉTICOS

¿Se ha identificado al menos 1 caso de ECJ definitivo o probable en familiar consanguíneo de primer grado?

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Mutación PRNP específica de enfermedad

☐ No ☐ Sí ☐ Resultado pendiente ☐ Test no realizado

Descripción de la mutación PRNP:

Polimorfismo del codón 129: ☐ MM ☐ MV ☐ VV

☐ Resultado pendiente ☐ Test no realizado

C) ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

¿EEG Típico? ☐ No ☐ Sí ☐ No realizado ☐ No consta

Datos disponibles para la clasificación del EEG:

☐ Informe Hospital de origen ☐ EEG visto por el personal de vigilancia ☐ EEG no realizado

Criterios de interpretación de EEG:

☐ Criterios OMS ☐ Otros criterios ☐ EEG no revisado ☐ EEG no realizado ☐ No consta

D) LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

LCR Normal (Células, proteínas, glucosa): ☐ No ☐ Sí ☐ No realizado ☐ No consta

¿Hay proteína 14-3-3 en LCR?: ☐ No ☐ Sí ☐ No realizado ☐ No consta

☐ Resultado dudoso ☐ Técnicamente ininterpretable

☐ Resultado pendiente

E) RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

Hallazgos en RM: ☐ RM normal ☐ RM patológica ☐ RM no realizada

Informe de RM a cargo de: ☐ Hospital de origen ☐ Personal de vigilancia ☐ No consta

Anomalías inespecíficas en RM: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Atrofia en RM: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Hiperseñal en caudado y putamen en RM: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Hiperseñal en tálamo posterior mayor que en otras áreas en RM: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Si afirmativo, especifique si clara hiperseñal bilateral en pulvinares: ☐ No ☐ Sí

F) TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

☐ TAC normal ☐ TAC patológica ☐ TAC no realizada ☐ No consta

Si la TAC es patológica, especifique:

G) DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Biopsia Amigdalal: ☐ No realizada ☐ Realizada ☐ No consta

Si se ha realizado, especifique:

Inmunohistoquímica: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Western Blot para PrP: ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No concluyente ☐ No consta

Biopsia Cerebral: ☐ No realizada ☐ Realizada ☐ No consta

Si se ha realizado, especifique:

Técnicas convencionales: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Inmunohistoquímica: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Western Blot para PrP: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Estudio Postmortem: ☐ No realizado ☐ Realizado ☐ No consta

Si se ha realizado, especifique:

☐ Limitado a cavidad craneal ☐ Extendido

Principales zonas anatómicas de afectación (gliosis, pérdida neuronal, espongiosis) según informe (especificar):

Técnicas convencionales: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Inmunohistoquímica: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Western Blot para PrP: ☐ Negativa ☐ Positiva ☐ No concluyente ☐ No consta

Si es positiva especifíquese patrón de glicoformas:

☐ Tipo1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo 3 ☐ Tipo 4 ☐ Otro

H) FALLECIMIENTO

¿Ha fallecido? ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

En caso afirmativo especificar: **Fecha de defunción:** / /

Fecha desconocida: ☐

Duración de la enfermedad en meses²:

¿Ha sido visitado el enfermo en vida por el coordinador clínico de la CA o por personal de vigilancia?

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

I) LUGAR DE LA ENFERMEDAD

Lugar del caso:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

DATOS DEL RIESGO

Factores de riesgo de transmisión accidental:

Implante biológico de duramadre: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta Año:

Otros implantes biológicos: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta Año:

Si afirmativo, especificar tipo

Intervenciones o tratamientos con agujas (Punción lumbar, EMG, Acupuntura, tatuajes, etc.):

☐ No ☐ Sí ☐ No consta Año:

Si afirmativo, especificar

¿Cuántas veces ha sido operado en los últimos diez años?

Especificar intervención y año:

Receptor de hormonas biológicas: ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Si afirmativo, especificar

Año de la primera administración

¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados? ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

(Si afirmativo ampliar información al final de la encuesta)

Factores de riesgo ocupacional:

¿Ha ejercido ocupación que implique exposición a pacientes o tejidos humanos?

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

En caso afirmativo: Especifique código³ Si otro, especifique

Número de años expuesto

Exposición ocupacional a animales o tejidos de animales:

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

En caso afirmativo: Especifique código⁴ Si otro, especifique

Número de años expuesto

Factores de riesgo familiar:

Antecedentes familiares de ECJ ☐ No ☐ Sí ☐ No consta **Parentesco**

Antecedentes familiares de demencia ☐ No ☐ Sí ☐ No consta **Parentesco**

Antecedentes familiares de Parkinson ☐ No ☐ Sí ☐ No consta **Parentesco**

Otros factores de interés:

¿Ha sido donante de sangre? ☐ No ☐ Sí ☐ No consta

(Si afirmativo ampliar información al final de la encuesta)

¿Ha sufrido algún traumatismo craneal con pérdida de conciencia en los últimos 10 años?

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

¿Ha sufrido alguna mordedura de animal en los últimos 10 años?

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Exposición NO ocupacional a animales o tejidos animales:

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

En caso afirmativo especifique:

Número de años expuesto:

Estancia en Reino Unido acumulada mayor de 6 meses entre 1985–1996:

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

Otros factores de riesgo que considere de interés (consumo de vísceras, ojos, sesos, etc.):

☐ No ☐ Sí ☐ No consta

En caso afirmativo especifique:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación clínico-etiológica INICIAL:

- ☐ ECJ Esporádica
- ☐ ECJ Familiar
- ☐ ECJ Yatrogénica
- ☐ Variante ECJ
- ☐ SGS
- ☐ IFL
- ☐ No consta
- ☐ No EETH

Clasificación de probabilidad INICIAL según criterios diagnósticos para EETH:

- ☐ Confirmada
- ☐ Probable
- ☐ Posible
- ☐ No EETH
- ☐ No consta

Clasificación clínico-etiológica FINAL:

- ☐ ECJ Esporádica
- ☐ ECJ Familiar
- ☐ ECJ Yatrogénica
- ☐ Variante ECJ
- ☐ SGS
- ☐ IFL
- ☐ No consta
- ☐ No EETH

Clasificación de probabilidad FINAL según criterios diagnósticos para EETH:

- ☐ Confirmada
- ☐ Probable
- ☐ Posible

¿Pendiente de algún resultado para la clasificación diagnóstica definitiva? ☐ No ☐ Sí

Durante el seguimiento, ¿se excluyen los diagnósticos de EETH? ☐ No ☐ Sí

Si afirmativo, especifique el nuevo:

Descartado: ☐ No ☐ Sí

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS ADICIONALES⁵

.....

INFORMACIÓN RECEPTOR SANGRE

 CA N.º Caso CA N.º Identificación Registro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

 ¿Ha recibido transfusiones de sangre? ☐ No ☐ Sí

 Indique cuándo, dónde y componente recibido de sangre o **hemoderivados *antes del diagnóstico de la enfermedad***

Fecha de transfusión	Centro donde fue transfundido	Componente transfundido
/ /		Sangre Total ☐ Plasma ☐ Plaquetas ☐ Hematíes
/ /		Sangre Total ☐ Plasma ☐ Plaquetas ☐ Hematíes
/ /		Sangre Total ☐ Plasma ☐ Plaquetas ☐ Hematíes
/ /		Sangre Total ☐ Plasma ☐ Plaquetas ☐ Hematíes
/ /		Sangre Total ☐ Plasma ☐ Plaquetas ☐ Hematíes

INFORMACIÓN DONANTE SANGRE

 CA N.º Caso CA N.º Identificación Registro ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

 ¿Ha sido donante de Sangre? ☐ No ☐ Sí

Indique fecha y centro donde donó sangre:

Fecha de la donación	Centro donde pudo donar
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	
/ /	

1. Fecha del caso: Es la fecha de diagnóstico clínico o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de hospitalización, etc.)
2. Duración de la enfermedad: Se indicará la duración de la enfermedad en meses transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y la defunción.
3. 1=Medicina, 2=Cirugía, 3=Anatomía patológica, 4=Odontología, 5=DUE/ATS, 6=Auxiliar de clínica hospitalaria, 7=Auxiliar de Atención Primaria, 8=Auxiliar de odontología, 9=Trabajador de ambulancia, 10=Fisioterapeuta, 11=Trabajador de laboratorio clínico, farmacéutico o de investigación, 12=Personal auxiliar (celador...), 13=Otro.
4. 1=Ganadero, 2=Cazador, 3=Veterinario, 4=Taxidermista, 5=Criador de perros, 6=Matarife, 7=Procesador de carne o comida, 8=Carnicero, 9=Trabajador del cuero o animales de piel utilizable, 10=Otro.
5. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.



Fitxa epidemiològica. Cas de Malaltia neurològica per enterovirus no polio

Dades del/ de la pacient

Nom: _____ Cognoms: _____
Data de naixement: ____/____/____ Sexe: ☐ Home ☐ Dona
Carrer o plaça: _____ Núm.: _____
Municipi: _____ Província: _____
Districte mpal.: _____ Codi: _____ Telèfon: _____
Escola/Llar d'infants _____

CIP

DADES DEL/DE LA METGE/SSA DECLARANT

Nom: _____ Cognoms: _____ Núm. col·legiat _____
Centre sanitari: _____ Codi: _____ Telèfon: _____
Municipi: _____ Província: _____ Codi: _____

Data de la declaració: ____/____/____ Setmana de la declaració: ____

DADES CLÍNIQUES I D'HOSPITALITZACIÓ

Patologia de base Sí ☐ No ☐ NS/NC ☐

Especificar _____

Data d'inici dels símptomes prodròmics: ____/____/____

Pròdroms (1 setmana abans de l'inici quadre neurològic):

	Sí ☐	No ☐	NS/NC ☐
Febre	☐	☐	☐
Irritabilitat	☐	☐	☐
S.Respiratori	☐	☐	☐
S.Gastrointestinals	☐	☐	☐
Exantema	☐	☐	☐
Tipus Exantema			
Boca-ma-peu	☐	☐	☐
Altres (Especificar) _____			

Data d'inici dels símptomes neurològics: ____/____/____

Quadre clínic Sí No NS/NC

Paràlisis Flàccida Aguda..... ☐.....☐.....☐
Atàxia..... ☐.....☐.....☐
Somnolència..... ☐.....☐.....☐
Tremolors..... ☐.....☐.....☐
Arreflexia..... ☐.....☐.....☐

Disfàgia..... ☐.....☐.....☐
Convulsions..... ☐.....☐.....☐
Parèsia /Paràlisi..... ☐.....☐.....☐
Alteració de pars cranials..... ☐.....☐.....☐

Durada dels símptomes neurològics en dies:

Hospitalització: ☐ Sí Data ingrès: ____/____/____ Data alta: ____/____/____ ☐ No
Nom del centre: _____

Ingrés UCI: ☐ Sí Data ingrès: ____/____/____ Data alta: ____/____/____ ☐ NO
Motiu d'ingrés a UCI Sí No NS/NC



Paràlisis respiratòria ☐ ☐ ☐
Edema agut de pulmó neurogènic ☐ ☐ ☐
Miocarditis ☐ ☐ ☐
Altres (especificar) _____

DADES DE LABORATORI

Mostres analitzades

Data del diagnòstic: ____/____/____

Tipus de mostra Sí No NS/NC Data presa de la mostra

Mostra respiratòria ☐ ☐ ☐ ____/____/____

LCR ☐ ☐ ☐ ____/____/____

Femta ☐ ☐ ☐ ____/____/____

Tipus de prova

Data de resultat Resultat

PCR ☐ ☐ ☐ ____/____/____ _____
Cultiu ☐ ☐ ☐ ____/____/____ _____

Genotip aïllat: _____

DIAGNÒSTIC D'IMATGE

Ressonància Magnètica ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Data del diagnòstic per imatge : ____/____/____

Resultat _____

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

El cas és: ☐ Aïllat ☐ Associat a un altre cas ☐ NS/NC

SEGUIMENT I CONCLUSIÓ DEL CAS

Evolució de la malaltia:

☐ Curació..... ☐ Defunció ☐ Seqüeles a l'alta

☐ NS/NC Especificar: _____

Data Alta/Defunció: ____/____/____

Classificació del cas:

Tipus de cas: ☐ Probable ☐ Confirmat..... ☐ NS/NC



Fitxa epidemiològica. Cas de febre groga.

Dades del pacient

Nom

Cognoms

Data de naixement

□ □ □ □ □ □

Sexe

☐ Home

☐ Dona

Adreça

Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

□ □ □ □ □ □

Municipi

Província

Districte mpal.

Codi

□ □ □ □ □

□ □ □ □ □

País d'origen _____ Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país _____

Any d'arribada _____ Codi _____ Ocupació _____

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes □ □ □ □ □ □

Descripció clínica

Febre ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Cefalea ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Dorsàlgia ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Naúsees o vòmits ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Icterícia ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Albuminúria ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Hemorràgies ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Altres símptomes ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC En cas afirmatiu. Especificar _____

Complicacions _____

Ingrés a l'hospital 1. Si 2. No Data d'hospitalització [][][][][][][]

Centre _____ Servei _____

Tractament _____

Evolució: 1. Curació 2. Defunció Data de defunció [][][][][][][]

Dades de laboratori

Serologia realitzada ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 9. No realitzada

En cas afirmatiu, Especificar títols _____

Data de la presa de mostres 1a. [][][][][][][] 2a. [][][][][][][]

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

☐ 1. Importat ☐ 2. Autòcton

Antecedents de vacunació ☐ 1. Si ☐ 2. No Data [][][][][][][]

Lloc d'administració _____

Factors de risc

1. El malalt és estranger? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu indicar el país d'origen i la data d'arribada _____

2. El malalt ha viatjat a l'estranger? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu indicar el país/sos i les dates de les estàncies _____

Mesures adoptades

Dades del declarant

Data de declaració del cas [][][][][][][]

Metge que declara el cas _____



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de Febre Botonosa

Dades del pacient:

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i microbiològiques:

Simptomatologia clínica	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS
Febre	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS
Linfadenopatia regional	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS
Artromialgies	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS
Erupció maculopapular	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS
Taca negra	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS

Altres símptomes Complicacions

Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data hospitalització

Hospital.....

Proves diagnòstiques:

S'ha realitzat prova de laboratori ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Simptomatologia clínica ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Especificar tipus de prova i resultat

Data de confirmació

Dades epidemiològiques:

Font d'infecció ☐ Desconeguda ☐ Probable

Contacte habitual o recent amb gossos o d'altres animals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Resideix habitualment o recentment en medi rural o periurbà ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Especificar

Antecedent de picadura de garrapata ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Mesures adoptades:

Educació sanitària ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Desratització-Desinsectació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Aplicació d'insecticides als gossos ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Altres

Classificació del cas:

- ☐ Cas sospitós
 - ☐ Cas probable
 - ☐ Cas confirmat
 - ☐ No cas
-

Dades de seguiment:

Infermera responsableData de tancament de la fitxa.....

ANNEX 4. FITXA DE NOTIFICACIÓ DE CAS SOSPITÓS DE MALALTIA PEL VIRUS DEL NIL OCCIDENTAL

Fitxa epidemiològica. Cas de febre del Nil occidental

Dades del/de la pacient

Nom		Cognoms	
Data de naixement (dd/mm/aaaa)		Sexe ☐ Home ☐ Dona	
Adreça (nom del carrer, plaça, etc., núm., pis i porta)			Telèfon
Municipi	Província	Districte municipal	Codi postal
País d'origen		Codi del país	
País on resideix (si resideix a l'estranger)		Codi del país	

Dades del/de la metge/essa declarant

Nom		Cognoms		Núm. de col·legiació
Nom del centre sanitari			Codi del centre	Telèfon
Municipi	Província	Codi postal		
Data de la declaració	Setmana de declaració			

Dades clíniques i d'hospitalització

Data d'inici dels símptomes				
Quadre clínic				
Febre: °C	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC	Altres ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
Exantema	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC	Especifiqueu-los:
Encefalitis	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC	
Meningitis	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC	
Paràlisi flàccida aguda	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC	Complicacions ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC
				Especifiqueu-les:

Hospitalització	Data d'ingrés hospitalari	Data d'alta hospitalària
☐ SI ☐ No		
Nom del centre sanitari		

Dades del laboratori

Data del diagnòstic

1a mostra de sèrum/sang

Data de presa de la mostra

RT/PCR

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

ELISA IgM

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

ELISA IgG

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Neutralització

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

2a mostra de sèrum/sang

Data de presa de la mostra

RT/PCR

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

ELISA IgM

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

ELISA IgG

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Neutralització

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Líquid cefaloraquídi

Data de presa de la mostra

RT/PCR

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

ELISA IgM

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Producció intratecal d'anticossos

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Neutralització

☐ Positiva ☐ Negativa ☐ Indeterminada ☐ No realitzada ☐ NS/NC

Dades de vacunacions rebudes

Vacuna contra la febre groga

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Vacuna contra l'encefalitis japonesa

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Vacuna contra l'encefalitis centreeuropea

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Dades epidemiològiques

Països visitats els 15 dies previs a l'inici dels símptomes

País visitat 1

Data d'anada

Data de tornada

Picades de mosquit al país 1 visitat?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

País visitat 2

Data d'anada

Data de tornada

Picades de mosquit al país 2 visitat?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

País visitat 3

Data d'anada

Data de tornada

Picades de mosquit al país 3 visitat?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

A Catalunya

Picades de mosquit quan s'hi ha arribat?

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Llocs exactes on s'han produït les picades

Localitat

Carrer i núm.

Descripció dels llocs

Període de temps en què s'han produït les picades

 --

Antecedent d'exposició a hemoderivats o trasplantament d'òrgans durant els 15 dies previs a l'inici dels símptomes

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC Data de l'exposició

Nom de la unitat/de l'hospital

Altres antecedents d'exposició: manipulació d'animals, teixits infectats o exposició de laboratori

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC Data de l'exposició

Lloc de l'exposició

Tipus de cas ☐ Aïllat ☐ Associat a un brot ☐ NS/NC

En cas de brot, especifiqueu-ne el número:

Seguiment i conclusió del cas

Evolució de la malaltia

☐ Curació ☐ Defunció ☐ NS/NC

Data d'alta/de defunció

Classificació del cas

Cas	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Resident d'UVE	☐ Sí	☐ No	☐ NS/NC
Tipus de cas	☐ Sospitós	☐ Probable	☐ Confirmat
Origen del cas	☐ Autòcton	☐ Importat	☐ NS/NC
Font de detecció	☐ MDI	☐ Altes hospitalàries	☐ Tècnic/a secció
			☐ NS/NC

Observacions

Dades de l'enquestador/a

Nom i cognoms

Telèfon

Data de tancament de la fitxa

Agència de Salut Pública de Catalunya

C. Roc Boronat, 81-95
08005 Barcelona
Tel. 935 513 900
Fax 935 517 505
canalsalut.gencat.cat

3/3



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de febre tifoide-paratifoide

Dades del pacient:

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM.....

Ocupació Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país).....

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg.....

Centre sanitari Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració.....

Dades clíniques i microbiològiques:

Data del diagnòstic Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés.....

Confirmació analítica:

- ☐ 1. Seroaglutinació: ☐ Titulació altes ☐ Seroconversió
- ☐ 2. Coprocultiu
- ☐ 3. Hemocultiu
- ☐ 4. Altres. Especificar.....

Espècie:

- ☐ 1. *Salmonella typhi*: ☐ 2. *Salmonella paratyphi A*
- ☐ 3. *Salmonella paratyphi B* ☐ 4. *Salmonella paratyphi C*

Dades epidemiològiques:

Residència del malalt 30 dies abans de l'inici de la simptomatologia

Lloc..... País Data de tornada.....

Lloc..... País Data de tornada.....

- ☐ Cas aïllat ☐ Cas associat amb altres casos. Especificar

Hi ha hagut consum d'aigua no tractada durant les setmanes abans de l'inici dels símptomes?

☐ 1. Sí ☐ 2. No Data

Tipus:

☐ 1. Xarxa pública ☐ 2. Pou ☐ 3. Seroconversió ☐ 4. Altres. Especificar

Investigació del focus:

☐ 1. Confirmat (aïllament) ☐ 2. Sospitós (com a resultat de la investigació epidemiològica) ☐ 9. Desconegut

Transmissió hídrica: ☐ 1. Xarxa ☐ 2. Pou, deu

Transmissió per aliments: ☐ 1. Llet, productes làctics ☐ 2. Gelat, gel, refrescs ☐ 3. Mol·luscs crus ☐ 4. Aliments crus

Transmissió directa: ☐ 1. Contactes amb malalts ☐ 2. Contactes amb portadors

Mesures adoptades:

Comunicació a Higiene Alimentària ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data

Comunicació a Sanitat Ambiental ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data

Control bacteriològic del malalt:

Tractament: Data d'inici Data de finalització

Coprocultius: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. - Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. -

Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. - Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. -

Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. - Data Resultat ☐ 1. + ☐ 2. -

Alta microbiològica: ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data

Investigació bacteriològica de contactes:

Nom i cognoms:	Relació amb el cas índex (*)	Resultat	Coprocultiu
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐
.....	☐	1. + ☐ 2. - ☐	0. no practicat ☐ 9. desconegut ☐

(*) 1. pare/mare 2. marit/muller 3. germà 4. fill 5. altres

Conclusió:

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data alta hospitalària

2. Va morir a conseqüència de la malaltia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció

3. Portador crònic ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

4. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia

Observaciones

.....
.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS FIEBRES HEMORRÁGICAS VÍRICAS. (EXCLUYE FIEBRE AMARILLA Y DENGUE HEMORRÁGICO O GRAVE)

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

Identificador del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente²:

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

País de nacimiento: Año de llegada a España:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso³: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Cefalea | ☐ Diarrea | ☐ Dolor abdominal intenso |
| ☐ Edema sin especificar | ☐ Erupción cutánea | ☐ Fallo multiorgánico |
| ☐ Faringitis | ☐ Fiebre | ☐ Hemorragias |
| ☐ Linfopenia | ☐ Mialgia | ☐ Petequias |
| ☐ Proteinuria | ☐ Shock hipovolémico | ☐ Transaminasas altas |
| ☐ Trombocitopenia | ☐ Vómitos | |

Atendido sanitariamente durante su estancia en zona endémica: Sí ☐ No ☐

Hospitalizado⁴: Sí ☐ No ☐

Fecha de ingreso hospitalario: / / Fecha de alta hospitalaria: / /

Defunción: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: / /

Lugar del caso⁵:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado⁶: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: / /

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: / /

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁷:

- | | |
|---|--|
| ☐ Virus de Ébola | ☐ Virus de Lassa |
| ☐ Virus de Marburg | ☐ Virus de la fiebre del bosque de Kyasanur |
| ☐ Virus de la fiebre del Valle del Rift | ☐ Virus de la fiebre hemorrágica Crimea-Congo |
| ☐ Virus de la fiebre hemorrágica de Omsk | ☐ Hantavirus |
| ☐ Otros Arenavirus | |

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- ☐ Sangre
- ☐ Orina

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- | | |
|--|---|
| ☐ Ácido Nucleico, detección | ☐ Aislamiento |
| ☐ Anticuerpo, detección | ☐ Anticuerpo, seroconversión |
| ☐ Antígeno, detección | ☐ Visualización |

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|--|---|
| ☐ Atiende a personas enfermas | ☐ Manipulador de alimentos |
| ☐ Manipulador de animales | ☐ Medioambiental: agua |
| ☐ Medioambiental: animal | ☐ Medioambiental: suelo |
| ☐ Trabajador de laboratorio | ☐ Trabajador del sexo |
| ☐ Trabajador sanitario | |

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- ☐ Agua de bebida
- ☐ Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)
- ☐ Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados.
- ☐ Animal de zona endémica
- ☐ Contacto con animal vector/vehículo de transmisión
- ☐ Lesión no ocupacional

☐ Persona a Persona: Contacto con un enfermo o infectado (portador)

☐ Persona a Persona: Con persona de país de alta prevalencia

☐ Persona a Persona: Sexual sin especificar

☐ Ocupacional

☐ Otra exposición ambiental⁸

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Animal de caza mayor

☐ Animal de caza menor

☐ Caballo

☐ De granja

☐ Garrapata

☐ Gato

☐ Mascota Exótica

☐ Mono

☐ Mosquito

☐ Murciélago

☐ Perro

☐ Pulga

☐ Roedor

☐ Salvaje cautivo

☐ Zorro

☐ Otra mascota

☐ Otro artrópodo

☐ Otro Salvaje libre

☐ Otro animal

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Aguas costeras

☐ Alcantarillado

☐ Boscoso

☐ Fosa séptica

☐ Fuente

☐ Humedal

☐ Inundación

☐ Lago

☐ Pozo

☐ Río

☐ Rural

☐ Selvático

☐ Terreno encharcado

☐ Urbano

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País:

C. Autónoma:

Provincia:

Municipio:

Fecha de ida: / /

Fecha de vuelta: / /

Motivo de estancia en país endémico (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Inmigrante recién llegado

☐ Trabajador temporal

☐ Turismo

☐ Visita familiar

☐ Otro

Tipo de alojamiento (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Apartamento

☐ Balneario

☐ Camping

☐ Crucero

☐ Hotel

☐ Privado

☐ Otro especificado

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Sospechoso
☐ Probable
☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Categoría diagnóstica (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|---|--|
| ☐ Fiebre de Ébola | ☐ Fiebre de Lassa |
| ☐ Fiebre de Marburg | ☐ Fiebre del bosque de Kyasanur |
| ☐ Fiebre del Valle del Rift | ☐ Fiebre hemorrágica Crimea-Congo |
| ☐ Fiebre hemorrágica de Omsk | ☐ Fiebre hemorrágica por Arenavirus, otro |
| ☐ Fiebre por Hantavirus | |

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote⁹:

OBSERVACIONES

Investigación de contactos: Sí ☐ No ☐

Otras observaciones¹⁰:

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Nombre y Apellidos.
3. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
4. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
5. Lugar del caso (país, CA, prov., mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se dejará en blanco.
6. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
7. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
8. Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos, etc.
9. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
10. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

4. Annexos

4.1 FORMULARI DE NOTIFICACIÓ DE CASOS HOSPITALITZATS CONFIRMATS DE GRIP TEMPORADA 2018 -2019

Dades de la notificació

Codi identificador: 09

Data de notificació:

Centre Declarant:

Persona declarant:

Dades del pacient

Nom, Cognom1 i Cognom2 :

Data naixement:

Edat:

Sexe: ☐ Home ☐ Dona

Localitat de residència:

Factors Intrínsecs del pacient

MPOC	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Asma	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Obesitat IMC>=40	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Diabetis (Altres malalties metabòliques)	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Malaltia Renal crònica	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Immunodeficiències (VIH, quimioteràpia, tractament esteroide...)	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Malaltia cardiovascular crònica (exclou HTA)	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Malaltia hepàtica crònica	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Altres factors de risc (hemoglobinopaties, Malalties neuromusculars greus, disfunció cognitiva)	Sí ☐	No ☐	Desconegut ☐
Embaràs	Sí ☐	Setmanes de gestació: _____	No ☐ Desconegut ☐

Dades d'evolució

Data d'inici de símptomes:

Data d'ingrés hospitalari :

Motiu d'ingrés: Pneumònia Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Síndrome de distrés respiratori agut (SDRA) Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Shock sèptic Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Altres : Especificar _____

Ingrés a UCI: Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Codi identificador:09

Complicacions

Pneumònia Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Coinfecció bacteriana Sí ☐ Microorganisme aïllat: _____ No ☐ Desconeguda ☐

Shock sèptic Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Síndrome de distress respiratori agut (SDRA) Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Fallida multi orgànica Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Tractament antiviral

Ha rebut tractament amb antivirals ? Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Tipus antiviral: Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ Altres ☐ Desconegut ☐

Data inici tractament (dd/mm/aaaa) _____

Data finalització tractament (dd/mm/aaaa) _____

Vacunacions front la grip

Vacunació grip estacional d'aquesta temporada al menys 15 dies abans de l'inici dels símptomes?

Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Data administració: dd/mm/aaaa: _____

Va rebre la vacuna antigripal de la temporada anterior?

Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Status Final

Recuperació ☐ Data alta hospitalària: dd/mm/aaaa: _____

Defunció ☐ Data de defunció: dd/mm/aaaa: _____

Informació virològica

Detecció i/o aïllament viral : Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

Tipus viral identificat: Tipus A ☐ Subtipus: ☐ H1N1pdm2009 ☐ H1 ☐ H1N1 ☐ H3 ☐ H3N2
B ☐
C ☐

Soca identificada mitjançant seqüenciació de : HA ☐ NP ☐ M ☐ Altres ☐

Soca similar a: _____

ID de la mostra: _____



--	--	--	--	--	--	--	--

Malaltia Any Regió Num. fitxa

15/09/2017

Fitxa epidemiològica. **Cas de malaltia meningocòccica (MM) / Haemophilus influenzae (MIHI)**

Dades del pacient:

Nom Cognoms
Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐
Adreça Tel:
Municipi Província DM
País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)
Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel
Municipi Província Codi
Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i diagnòstiques:

☐ 1. Meningitis ☐ 2. Septicèmia ☐ 3. Altres. Especifiqueu-los
☐ 4. Meningitis + septicèmia ☐ 5. Epiglottitis ☐ 6. Pneumonia ☐ 7. Artritis
S'ha realitzat tractament antibiòtic previ al diagnòstic? ☐ 1. Si ☐ 1. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés Hora d'hospitalització

Microbiologia:

	Tinció directa (Gram)	Cultiu	Altres proves
Líquid cefaloraquidi	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Sang	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Exsudats de lesions cutànies	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Altres mostres. Especifiqueu-les	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -

Es va aïllar *Neisseria meningitidis* (NM)?

☐ 1. Si ☐ 2. No

Serogrup d'NM aïllat

☐ 1. A ☐ 2. B ☐ 3. C ☐ 4. Y ☐ 5. W-135
☐ 6. no agrupable ☐ 9. NS/NC

Es va aïllar *Haemophilus influenzae*?

☐ 1. Si ☐ 2. No

Serotip d'*H. Influenzae* aïllat

☐ 1. b ☐ 2. No tipificable ☐ 3. Altres ☐ 9. NS/NC

Dades epidemiològiques:

Nom i adreça completa de l'escola, guarderia o lloc de treball

Data últim dia d'assistència Telèfon

Ha estat traslladat en ambulància? ☐ 1. Si ☐ 2. No Se li han practicat maniobres de reanimació? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Ha tingut contacte amb algun cas de:

Malaltia meningocòccica ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu: Tipus de relació amb el pacient

- ☐ 1. Convivent familiar ☐ 2. Company d'habitació ☐ 3. Company de llar d'infants
☐ 4. Company de classe (escola) ☐ 5. Altres. Especifiqueu-los

Especifiqueu el nom del cas índex

Ha fet quimioprofilaxi? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Amb quin fàrmac?

☐ Rifampicina

Amb quina pauta?

.....mg, cadahores, durantdies

Altres (especifiqueu-los).....mg/kg de pes, durant dies

S'havia administrat vacuna antimeningocòccica (o anti-*Haemophilus influenzae*) abans de patir la malaltia? ☐ Sí ☐ No

Nombre de dosis Data de l'última dosi

Mesures preses respecte als contactes:

Nombre de quimioprofilaxis indicades (no necessàriament administrades) S'ha fet quimioprofilaxi als contactes? ☐ Sí ☐ No
data:

A quins contactes ☐ Convivents, nombre..... Companys de classe (escola o llar d'infants), nombre.....

☐ Altres, nombre Especifiqueu-los

Amb quin fàrmac?

Amb quina pauta?

☐ Rifampicina

.....mg, cadahores, durantdies

Altres (especifiqueu-los).....mg/kg de pes, durant dies

S'ha vacunat els contactes? ☐ Sí ☐ No Data.....

☐ Convivents, nombre Companys d'escola o llar d'infants, nombre

☐ Altres, nombre Especifiqueu-los

Mesures preses respecte al pacient:

Quin va ser l'antibiòtic que va ser tractat durant la NM o Hib ?

Ha rebut vacuna antimeningocòccica després de patir la malaltia? ☐ B ☐ C ☐ A, C, Y y W (tetravalent conjugada) Data:

Conclusió:

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data alta hospitalària

2. Va morir a conseqüència de la malaltia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció.....

3. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia

Tipus de cas:

☐ sospitós ☐ confirmat ☐ no cas

Observacions

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

09/05/2018

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis A**

Dades del pacient:

1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació Lloc de Treball

País d'origen En cas d'Espanya indicar CCAA

Data d'arribada a Catalunya Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg

Centre sanitari Codi Tel

Municipi Província Codi

Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-HAV ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic

HIV+ ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data de diagnòstic

Hospital de seguiment

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom escola Telèfon

Adreça Persona responsable

Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom de la llar

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

- ☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

(en cas d'HSB (resposta 2 i 3), passar a les preguntes annexes)

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades		Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 Nº brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Nº de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
2. Fulminant ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Data defunció.....
7. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es recullí o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis vírica (exclou l'hepatitis A)

Dades del pacient: 1 entrega finalització.....

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:.....

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i diagnòstiques

Diagnòstic

☐ 2. Hepatitis B ☐ 3. Hepatitis no A no B ☐ 4. Hepatitis Delta
☐ 5. Altres (especificar) ☐ 6. Hepatitis C Data del diagnòstic

Dades del laboratori

1. El pacient es positiu per HbsAg (Ag Austràlia)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
2. El pacient es positiu per IgM HBc? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
3. S'ha trobat positivitat d'DNA-VHB? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
4. El pacient és positiu per Ig total anticore de l'hepatitis B, anti-HBc? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
5. El pacient es positiu per Hbe Ag? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
6. El pacient es positiu per Hbe AC? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
7. S'han detectat anti-VHC? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
8. Ha hagut seroconversió a anti-VHC? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
9. S'ha trobat positivitat de RNA-VHC per tècnica de PCR? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
10. S'ha detectat HDag? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
11. S'ha detectat Ig M anti-HD amb HbsAg (+)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada
12. Genotip ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
13. VIH ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
14. VHA ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
15. Altres Especificar ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Prova no practicada

Vacunes

Ha rebut una dosi vacunal? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi 4ª dosi

Típus de vacuna ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis A+B

Dades epidemiològiques

- ☐ 1 Cas aïllat ☐ 2 Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....
☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Durant els 6 mesos anteriors a l'inici de la malaltia, el pacient:

Va tenir contacte amb un cas confirmat o sospitós d'hepatitis B,C

o hepatitis no A no B agut o crònic ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
 En cas afirmatiu, quin tipus de contacte? ☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especificar

Va treballar en un centre mèdic, dental o en un altre centre que impliqui

contacte amb sang humana? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Va tenir relació amb un centre de diàlisi o transplantament renal? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu ☐ 1. Com a contacte ☐ 2. Com a empleat
☐ 3. Contacte amb un pacient/empleat

Especificar el nom del centre

Va rebre sang o productes derivats de sang (transfusió)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especificar data.....

Ha sofert intervencions maxil·lofacials? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Ha sofert un altre tipus de cirurgia? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Té antecedents d'acupuntura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

S'ha fet algun tatuatge? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Té antecedents de ferida o punxada accidental amb agulla o

altre objecte contaminat amb sang? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

S'ha fet algun *piercing*? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Comparteix material d'ús de drogues per via intravenosa i/o esnifada? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Tipus de relacions sexuals ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Home que té sexe amb homes ☐ 3. Bisexual ☐ 4. desconegut

Nadó fill de mare portadora d'HBS Ag (Austràlia) ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nadó fill de mare amb anti-VHC? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En els darrers 6 mesos se li ha practicat alguna exploració invasiva (endoscòpia)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, nom del centre

Activitats de control	Nº exposats	Nº de persones estudiades		Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
		conv	no conv	conv	no conv
Ig específica HB					
Determinació de marcadors d'hepatitis als contactes					
Administració de vacuna anti-HB					
Comunicació al banc de sang		☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
No calia cap mesura		☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	

Seguiment

Investigació en centres ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Seguiment de la serologia als 6 mesos:

1. HBs Ag (Austràlia) ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

2. Anti-HBs ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

3. Hbe Ag ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

4. Anti-VHC ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Conclusió

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

2. Portador crònic del virus de l'hepatitis B ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

3. Hepatitis B crònica ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

3. Hepatitis C crònica ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

4. Va morir a conseqüència de l'hepatitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de Defunció.....

7. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Altres. Especificar Estat cas: Cas sospitós ☐ Cas confirmat ☐ No cas ☐

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es recullí o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis C** (10/07/2018)

Dades del pacient: 1 entrega finalització.....

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:.....

Municipi Província DM

Nivell educatiu Ocupació Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i diagnòstiques

Diagnòstic HepatitisC

Data del diagnòstic:

Clínica d'hepatitis aguda ☐

Icterícia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Astènia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Febre ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Acolia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nàusees ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Vòmits ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nivell ALT:

Nivell AST:

Pèrdua de gana ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Dolor abdominal ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Colúria. ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Artràlgies ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Diarrees ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Dades del laboratori

1. S'han detectat anti-VHC? ☐ 1. Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada Data de la detecció:

2. Ha hagut seroconversió a anti-VHC? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada Data de la última serologia negativa:

3. S'ha trobat positivitat de RNA-VHC per tècnica de PCR? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada

4. S'ha practicat el test confirmatori de RIBA? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada

5. Càrrega viral VHC:6. Genotip VHC:.....

7. S'ha detectat Ig M anti-HD amb HbsAg (+)? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada

8. S'ha detectat IgM anti-VHA? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada

9. S'ha detectat IgM anti-VHB? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada

10. S'ha detectat VIH? ☐ 1.Sí ☐ 2.No ☐ 9. Prova no practicada Data de la detecció:.....

Dades epidemiològiques

☐ 1 Cas aïllat ☐ 2 Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Durant els 6 mesos anteriors a l'inici de la malaltia, el pacient:

Va tenir contacte amb un cas confirmat o sospitós d'hepatitis C agut o crònic ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, quin tipus de contacte? ☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especificar

Va treballar en un centre mèdic, dental o en un altre centre que impliqui contacte amb sang humana? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

Va tenir relació amb un centre de diàlisi o transplantament renal? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu: ☐ 1. Com a contacte ☐ 2. Com a empleat ☐ 3. Contacte amb un pacient/empleat
Especificar el nom del centre

Ha rebut algun tractament injectable? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha rebut algun tractament endovenós? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Va rebre sang o productes derivats de sang (transfusió)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC En cas afirmatiu, especificar data.....
En els darrers 6 mesos se li ha practicat alguna exploració invasiva (endoscòpia)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

Se li ha practicat algun TC o RM amb contrast? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Se li ha practicat algun tractament de podologia que li provoqués sagnar o una ferida? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha sofert intervencions maxil·lofacials? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

Ha sofert un altre tipus de cirurgia? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especificar i nom del centre.....

S'ha fet algun procediment estètic? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especificar i nom del centre.....

Té antecedents d'acupuntura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

S'ha fet algun tatuatge? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

Té antecedents de ferida o punxada accidental amb agulla o altre objecte contaminat amb sang? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
S'ha fet algun *piercing*? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, nom del centre

Ha fet ús de drogues per via intravenosa? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, ha compartit material per preparar la dosi ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Ha fet ús de drogues (com cocaïna) per via esnifada? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, ha compartit material ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Tipus de relacions sexuals ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Home que té sexe amb homes ☐ 3. Bisexual ☐ 4. desconegut
Número de contactes sexuals en els últims 6 mesos:

Ha compartit objectes d'ús personal com fulles d'afaitar o material manicura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha estat institucionalitzat en algun centre? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nadó fill de mare amb anti-VHC? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Activitats de control Nº exposats Nº de persones estudiades Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat
Conv no conv Conv No conv

Determinació de marcadors d'hepatitis als contactes
Comunicació al banc de sang ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Investigació centre sanitari ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
No calia cap mesura ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Cas associat a brot ☐ Codi del brot i casos relacionats:

Seguiment

Font d'infecció identificada:

Seguiment de la serologia als 6 mesos:

1. RNA-VHC ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Conclusió

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
2. Portador crònic del virus de l'hepatitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
3. Hepatitis crònica ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
4. Va morir a conseqüència de l'hepatitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de Defunció.....
5. Resposta viral sostinguda ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
7. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
8. Mort per altres causes ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de Defunció.....
9. Perdut ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
Altres. Especificar

Tipus de cas: ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat ☐ 3. No cas

Origen del cas: ☐ 1. Cas autòcton ☐ 2. Cas importat ☐ 9. NS/NC

Tractament antivíric: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació Lloc de Treball

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel
Municipi Província Codi
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola Telèfon
Adreça Persona responsable
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis E**

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom escola..... Telèfon.....

Adreça Persona responsable.....

Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC

Especifiquen-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis E**

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola..... Telèfon.....
Adreça Persona responsable.....
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat		
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis E**

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola..... Telèfon.....
Adreça Persona responsable.....
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat		
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC	
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC	
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC	

Especifiquen-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom escola..... Telèfon.....

Adreça Persona responsable.....

Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

- ☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC

Especifiquen-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació Lloc de Treball

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel
Municipi Província Codi
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola Telèfon
Adreça Persona responsable
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat		
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola..... Telèfon.....
Adreça Persona responsable.....
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9.NS/NC

Especifiquen-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom escola..... Telèfon.....

Adreça Persona responsable.....

Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas d'hepatitis E**

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació Lloc de Treball

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel
Municipi Província Codi
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola Telèfon
Adreça Persona responsable
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

- ☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat		
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	

Especifiqueu-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas d'hepatitis E

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Serologia

Heu detectat Ig M anti-e ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. N/S/NC Data diagnòstic..... ☐ PCR ☐ Altres

Assisteix o treballa en:

Llar d'infants? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom escola..... Telèfon.....
Adreça Persona responsable.....
Centre de preescolar? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució mental? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Institució penitenciària? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Treballador del clavegueram? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Manipulador d'aliments? ☐ 1. Sí Lloc..... ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Intervenció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Últim dia de feina

Teniu contacte familiar directe amb nens menors de 3 anys? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, assisteix a una llar d'infants?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Nom de la llar.....

Heu tingut contacte familiar directe amb treballadors de llars d'infants

o de centres de preescolar?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Heu tingut contacte amb un cas confirmat /sospitós de patir hepatitis A ?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, especifiqueu el tipus de contacte:

☐ 1. Sexual ☐ 2. Convivent (no sexual) ☐ 3. Altres. Especifiqueu

Heu consumit marisc cru? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data Tipus de marisc

Sou sospitós de formar part d'un brot de TIA

d'origen alimentari o hídric? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

En cas afirmatiu, Lloc Data

Heu viatjat a un àrea endèmica? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data

Heu rebut una transfusió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Lloc Data inici Data fin

Sou usuari de drogues? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Orientació sexual: ☐ 1. Heterosexual ☐ 2. Homosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. Desconegut

Activitats de control:

	Nº de persones estudiades	Nº de persones a qui s'ha practicat/administrat	
Ig inespecífica .....	.....	.....	.....
Vacuna anti-hepatitis A .....	.....	.....	.....
Determinació marcadors d'hepatitis A.....	.....	.....	.....
Comunicació a Higiene Alimentària.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Comunicació a Sanejament Ambiental.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Educació sanitària	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Retirada temporal de la feina (manipulador, mestres, etc).....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Altres.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC

Especifiquen-les.....

Altra informació epidemiològica

☐ 1. Cas aïllat ☐ 2. Cas associat amb altres casos. Especificar ☐ 3 N° brot.....

☐ 6. Altres. Especificar ☐ 9. NS/NC

Ha estat vacunat de l'Hepatitis A? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC N° de dosis Tipus de vacuna

Data 1ª dosi Data 2ª dosi Data 3ª dosi.....

Conclusió:

1. Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
2. Fulminant	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
6. Va morir a conseqüència de l'hepatitis	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data defunció.....
7. No cas	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Especificar

Si sospita d'infecció definir font

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M A R Núm.

M. Malaltia A. Any R. Regió Núm. de fitxa

Fitxa epidemiològica. Cas d'hidatidosi

Dades del pacient

Nom		Cognoms														
Data de naixement		Sexe														
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								☐ Home ☐ Dona								
Adreça:		Núm.	Telèfon													
carrer o plaça		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
Municipi	Província	Districte mpal.	Codi													
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
País d'origen	Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país		Codi													
			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
Data d'inici dels símptomes																
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																

Dades del metge declarant

Nom		Cognoms		Núm. col·legiat												
				<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Centre sanitari		Codi	Telèfon													
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Municipi	Província	Codi														
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
Data de la declaració		Setmana de declaració														
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								

Dades clíniques i diagnòstiques

Data del diagnòstic	Hospitalització	Data d'hospitalització	Centre Hospitalari												
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ Sí ☐ No	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Proves diagnòstiques															
☐ Radiografia ☐ Ecografia															
☐ Visualització directa ☐ Serologia. Mètode i resultat:															
☐ Altres. Especifiqueu-les:															
Localització															
☐ Fetge ☐ Pulmó ☐ Melsa ☐ Ronyó ☐ Cervell ☐ Altres:															
Ha estat intervingut prèviament com a conseqüència d'aquesta malaltia?															
☐ Sí ☐ No															

En cas afirmatiu, temps transcorregut des de l'operació:

Dades epidemiològiques

☐ Cas aïllat ☐ Cas associat amb altres casos. Especifiqueu-ho:

☐ Zona urbana ☐ Zona rural

Factors de risc:

Ha tingut o té contacte directe amb gossos? ☐ Sí ☐ No

Hi ha gossos al domicili? ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu, tipus d'alimentació del gos ☐ Visceres crues

☐ Visceres cuites

☐ Altres aliments cuinats i/o pinso

En cas de què el gos tingui accés a vísceres crues o a cadàvers d'animals, el desparasiten contra l'hidatidosi? ☐ Sí ☐ No

En cas afirmatiu ☐ Quantes vegades / any?

☐ Tipus de tractament

Mesures adoptades:

Vigilància de persones exposades a la mateixa font? ☐ Sí ☐ No Nombre:

Educació sanitària? ☐ Sí ☐ No

Control i evolució:

Curació? ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Va morir a conseqüència de la malaltia? ☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Observacions:

Dades de l'enquestador

Nom de l'enquestador Telèfon Data de tancament de la fitxa

Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas

Dades sociodemogràfiques

1. CIP _____ 2. Nom i cognoms _____
3. Sexe ☐ Home ☐ Dona _____ 4. Data de naixement (dd/mm/aa) _____
5. Municipi de residència habitual (adreça completa) _____ Districte municipal _____ Telèfon _____
6. País d'origen _____ Any arribada (si no és nascut a Espanya) _____
7. Si resideix a l'estranger, especificar país _____
8. Nivell d'instrucció ☐ Sense formació ☐ Educació primària ☐ Educació secundària ☐ Educació universitària ☐ Desconegut/no hi consta

Dades del metge/ssa notificant

9. Nom i cognoms _____ 10. Centre sanitari _____ 11. Telèfon _____
12. Unitat ☐ ASSIR ☐ EAP ☐ Referent d'ITS ☐ UITS ☐ Dermatologia ☐ Urgències ☐ Unitat VIH ☐ Urologia
☐ Altres _____
13. Data de notificació (dd/mm/aa) _____ Signatura _____

Dades diagnòstic

- | 14. Diagnòstic | 15. Data diagnòstic (dd/mm/aa) | 16. Tipus de diagnòstic | 17. Localització | 18. Síntomes | 19. Inici símptomes (dd/mm/aa) | 20. Tractament |
|--|--------------------------------|-------------------------|--|---|--------------------------------|----------------|
| Limfogranuloma veneri ☐ | _____ | _____ | ☐ Pell ☐ Genital ☐ Anal ☐ Perianal ☐ Oral/faringe ☐ Altres | ☐ Sí ☐ No | _____ | _____ |
| Gonocòccia ☐ | _____ | _____ | ☐ Pell ☐ Genital ☐ Anal ☐ Perianal ☐ Oral/faringe ☐ Altres | ☐ Sí ☐ No | _____ | _____ |
| Sífilis ☐ | _____ | _____ | ☐ Pell ☐ Genital ☐ Anal ☐ Perianal ☐ Oral/faringe ☐ Altres | ☐ Sí ☐ No | _____ | _____ |
| Clamídia ☐ | _____ | _____ | ☐ Pell ☐ Genital ☐ Anal ☐ Perianal ☐ Oral/faringe ☐ Altres | ☐ Sí ☐ No | _____ | _____ |

Dades de laboratori

21. Laboratori _____ 22. Data presa de mostra (dd/mm/aa) _____
- | 23. Microorganisme | 24. Tipus de mostra | 25. Tècnica analítica | 26. Resultat |
|--|---|--|---|
| Treponema pallidum ☐ | ☐ Orina ☐ Frotis vaginal ☐ Cèrvix ☐ Uretra ☐ Anus/recte ☐ Sèrum ☐ Oral/faringe ☐ Sang ☐ Desconegut ☐ Altres | ☐ Examen fresc ☐ Tincions ☐ Cultius ☐ PCR ☐ Camp pulsat ☐ Hibridació DNA ☐ Detecció antígen ☐ Ser. Antic. Treponèmics ☐ Ser. Antic. reagènics ☐ Altres | ☐ Positiu ☐ Negatiu ☐ No hi consta |
| Chlamydia trachomatis ☐ | ☐ Orina ☐ Frotis vaginal ☐ Cèrvix ☐ Uretra ☐ Anus/recte ☐ Sèrum ☐ Oral/faringe ☐ Sang ☐ Desconegut ☐ Altres | ☐ Examen fresc ☐ Tincions ☐ Cultius ☐ PCR ☐ Camp pulsat ☐ Hibridació DNA ☐ Detecció antígen ☐ Ser. Antic. Treponèmics ☐ Ser. Antic. reagènics ☐ Altres | ☐ Positiu ☐ Negatiu ☐ No hi consta |
| Neisseria gonorrhoeae ☐ | ☐ Orina ☐ Frotis vaginal ☐ Cèrvix ☐ Uretra ☐ Anus/recte ☐ Sèrum ☐ Oral/faringe ☐ Sang ☐ Desconegut ☐ Altres | ☐ Examen fresc ☐ Tincions ☐ Cultius ☐ PCR ☐ Camp pulsat ☐ Hibridació DNA ☐ Detecció antígen ☐ Ser. Antic. Treponèmics ☐ Ser. Antic. reagènics ☐ Altres | ☐ Positiu ☐ Negatiu ☐ No hi consta |
- Tipatge L1 L2 L3 D-K ☐ ☐ ☐ ☐

Antecedents clínics

	Sí	No	Desc. / No contesta
27. Diagnòstic previ d'ITS als darrers 12 mesos	☐	☐	☐
28. Embaràs al moment del diagnòstic	☐	☐	☐
29. S'ha cribat pel VIH alguna vegada a la vida?	☐	☐	☐
30. Coinfecció amb el VIH	☐	☐	☐
31. Coinfecció amb el VHB	☐	☐	☐
32. Coinfecció amb el VHC	☐	☐	☐
27.1. Especifiqueu ITS prèvia			
28.1. Setmanes de gestació			
29.1. Data darrer test VIH negatiu (dd/mm/aa)			
30.1. Data diagnòstic VIH (dd/mm/aa)			

Epidemiologia i conducta

33. Orientació sexual ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Transsexual ☐ Desconegut

34. Nombre de parelles sexuals diferents en els darrers 12 mesos _____

Presenta el pacient alguna de les següents situacions de risc?

35. Ha tingut una nova parella sexual als darrers 3 mesos?

36. Ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual?

36.1. Vaginal?

36.2. Anal?

36.3. Oral?

Sí	No	Desc
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

En els darrers 12 mesos, ha tingut relacions sexuals:

37. Amb persona diagnosticada de ITS o VIH?

38. Amb persones usuàries de drogues per via parenteral?

39. Amb tres o més persones al mateix temps? (ménage à trois, orgia, gangbang, sexe grupal)?

40. A l'estranger?

41.1 Especifiqueu país _____

41. Sota l'efecte de cànnabis, alcohol (4+ copes en una ocasió) o altres drogues?

42. En llocs de trobades sexuals o via xarxes online? (saunes, discoteques/bars, club liberal, club swinger, via xats o apps, booty calls)

43. Amb persones per obtenir diners, drogues o qualsevol cosa a canvi (treball sexual)?

44. Amb persona que exerceix la prostitució?

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Estudi de contactes

45. S'ha iniciat estudi de contactes?

☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut/no hi consta ☐ Nombre elevat de contactes anònims

	Home	Dona	Total contactes
45.1. Nombre de contactes sexuals en els darrers 3 mesos			
45.2. Nombre de contactes que el pacient pot localitzar			
45.3. Nombre de contactes que s'han pogut localitzar			
45.4. Nombre de contactes que s'han pogut tractar			

Observacions i/o comentaris

Aquest imprès s'ha d'enviar a les Unitats de Vigilància Epidemiològica del Departament de Salut de les regions sanitàries de Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre i l'òrgan de vigilància de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El procediment de notificació, circuit i definicions de cas que s'ha de seguir per a la notificació d'aquestes infeccions està disponible al Manual de notificació de les MDO i a la publicació de la Definició de cas de les MDO, editades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
Per més informació consulteu [AQUÍ](#)

INFORMACIÓ D'US ESTRUCTURAMENT CONFIDENCIAL



--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de legionel·losi (09/07/2018)

Dades del pacient:

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel.
Municipi Província Codi

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i diagnòstiques:

Data d'inici símptomes Data del diagnòstic

Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC UCI: ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés

Diagnòstic: Pneumonia per *Legionella* ☐ Febre de Pontiac ☐

Proves diagnòstiques:

☐ 1. IFD + en espècie i serogrup

☐ 2. Cultiu + en espècie i serogrup

☐ 3. IFI (serologia)

1a. determinació, títol Data

2a. determinació, títol Data

3a. determinació, títol Data

Detecció d'antigen en orina ☐ Positiu ☐ Negatiu ☐ No practicat ☐ NS/NC

Dades epidemiològiques:

Nom del centre de treball

Ocupació Data últim dia de feina abans de la malaltia

Adreça Telèfon

Es tracta d'un cas esporàdic? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC En cas de brot, codi:

Possible font d'exposició en els 10 dies abans de l'inici de símptomes:

Té dutxa al seu domicili? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Al seu domicili el sistema d'aigua calenta està centralitzat per tot l'edifici? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha estat en algun hotel o apartament? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom i adreça..... Núm. hab.....

S'ha dutxat a l'habitació? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Dies d'estada: del al

Ha fet ús d'hidromassatge en la habitació? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha fet ús d'hidromassatge en zones comuns? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha pres dutxes de tractament (contrast de temperatura, pressió, vichy, etc)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha estat de visita o ha ingressat en un hospital / sociosanitari o residència? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom i adreça de l'hospital..... Núm Hab.

Nom del servei visitat o ingressat..... Dies d'estada: del al

Ha fet ús de la dutxa? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Ha usat nebulitzador com a tractament? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Altres exposicions:

Ha estat en algun recinte amb nebulitzador tipus: peixateria, fruiteria, etc? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom i adreça de l'establiment Data d'exposició:

Si ha visitat un gimnàs, sauna o centre termal, quina instal·lació de les següents ha usat?:

Dutxa de vestuàrio ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Dutxa de piscina ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Spa o hidromassatge ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Nom i adreça de l'establiment..... Data d'exposició:

Ha utilitzat alguna altra dutxa que no sigui seva? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne el lloc Data d'exposició:

Ha utilitzat alguna instal·lació de rentat de cotxes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne el lloc Data d'exposició:

En els itineraris que ha realitzat, ha coincidit amb cotxes que reguen els carrers? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne el lloc Data d'exposició:

Ha anat al dentista i ha utilitzat un emissor d'aigua a pressió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne el lloc Data d'exposició:

En els itineraris que ha realitzat: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Passa per alguna font ornamental? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Passa per parcs en el moment de reg per aspersió? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne el lloc Data d'exposició:

Ha fet servir algun tipus de nebulitzador (Ex: CPAP....)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne Data d'exposició:

Ha tingut altres exposicions a aerosols (Ex: terrasses, restaurants, irrigador al dentista...)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Especifiqueu-ne Data d'exposició:

En el seu lloc de treball, hi ha alguna de les següents instal·lacions d'aigua?:

Humidificadors industrials ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Vestuaris amb dutxes en els que s'ha dutxat ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Rec per aspersió ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Fonts ornamentals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC
Altres aparells amb nebulització ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

La seva ocupació té relació amb l'aigua? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Factors de risc presents a l'inici de la malaltia

Fumador (> 10 cigarretes/dia)	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Bronquitis crònica (des de fa més de 3 anys, presenta > 3 mesos a l'any tos i expectoració o enfisema)	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Transplantament renal	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Diàlisi renal	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Diabetes <i>mellitus</i>	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Càncer.	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Especificar el tipus			
Tractament immunosupressor	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Causa			
Altra malaltia immunodepresora.....	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Especifiquen			

Mesures adoptades:

Comunicació a Sanitat ambiental?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Data			
Mostres ambientals analitzades:	☐ 1. Positives	☐ 2. Negatives	☐ 3. No practicades ☐ 9. NS/NC

Conclusió:

Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	Data d'alta/defunció.....
Classificació del cas	☐ 1. sospitós	☐ 2. confirmat	☐ 3. no cas	
Cas resident	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 3. NS/NC	
Tipus de cas:				
☐ 1. Comunitari	☐ 3. Nosocomial confirmat	☐ 5. Associat a hotel confirmat		
☐ 2. Nosocomial probable	☐ 4. Probablement associat a hotel	☐ 6. Altres. Especifiquen-lo	☐ 9. NS/NC	
S'ha identificat la font d'infecció?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC	
En cas afirmatiu, especifiquen-la.....				
Origen de la infecció	☐ 1. Cas autòcton	☐ 2. Cas importat	☐ 9. NS/NC	

Observacions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de leishmaniosi

Dades del pacient

Nom		Cognoms	
Data de naixement		Sexe	
		☐ Home ☐ Dona	
Adreça		Districte mpal.	Codi postal
Municipi	Província	Telèfon	
País d'origen	Si resideix a l'estranger, especifiqueu el país	Codi	
Data d'inici dels símptomes			

Dades del metge declarant

Nom		Cognoms	Núm. de col·legiat
Centre sanitari	Codi	Telèfon	
Municipi	Província	Codi	
Data de la declaració	Setmana de la declaració		

Dades clíniques i diagnòstiques

Data del diagnòstic	Hospitalització	Data de l'hospitalització	Centre hospitalari
	☐ Sí ☐ No		
Tipus de leishmaniosi	☐ 1. Visceral	☐ 2. Cutània	☐ 3. Mucocutània

Dades de laboratori

Biòpsia	☐ 1. Positiu	☐ 2. Negatiu	☐ 9. NS/NC
Cultiu	☐ 1. Positiu	☐ 2. Negatiu	☐ 9. NS/NC
Serologia	☐ 1. Positiu	☐ 2. Negatiu	☐ 9. NS/NC
Especifiqueu la tècnica			

Dades epidemiològiques (limiteu les preguntes a un període màxim de dos anys)

Heu tingut contacte amb un gos malalt o vagabund o amb un altre animal?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Heu viatjat a una àrea endèmica?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especifiqueu el país			
Altres factors de risc (interrogueu sobre contacte amb insectes vectors)	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especifiqueu-lo			
Heu fet tractament immunosupressor?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/
Sou addicte a drogues per via parenteral?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Heu rebut alguna transfusió?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especifiqueu el lloc			
Teniu antecedents de trasplantament?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Teniu antecedents d'alcoholisme?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
Heu tingut contacte sexual amb alguna persona infectada?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC

Activitats de control

S'ha pres mesures de control?	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 9. NS/NC
En cas afirmatiu, especifiqueu-les			

Dades evolutives

Curació	☐ 1. Sí	☐ 2. No
Defunció	☐ 1. Sí	☐ 2. No

Observacions

Dades de l'enquestador

Nom de l'enquestador	Telèfon	Data de tancament de la fitxa



FITXA EPIDEMIOLÒGICA MALALTIA D'HANSEN

A. Dades de la Declaració

1. Província declarant _____ 2. N. d'ordre del declarant _____
3. Estat ☐ Actiu ☐ Vigilància ☐ Discapacitat ☐ Baixa
4. Motiu d'alta ☐ Nou ☐ Convinent ☐ Recidiva ☐ Trasllat
5. Motiu de baixa ☐ Curació ☐ Defunció ☐ Trasllat ☐ Pèrdua ☐ Altres
6. Data de baixa _____ Ocupació _____

B. Dades de la persona

7. Nom i Cognoms _____
8. Document Nacional d'Identitat _____ País d'origen _____
9. Data de naixement _____ Any d'arribada _____ CODI _____
10. Sexe ☐ Mascull ☐ Femení Ocupació _____
11. Residència Província _____
- Municipi _____ País _____

C. Dades de la malaltia

12. Data d'inici dels símptomes _____ 13. Data de diagnòstic _____
13. Diagnòstic Província _____
- Municipi _____ País _____
14. Forma clínica ☐ Paucibacil·lar ☐ Multibacil·lar
15. Tractament:
- | | | | | | | | | |
|--------|--------------|--------------|--------|--------------|-------|-------------|-------|------------------|
| Proví | [OMS] | Multiteràpia | [OTRA] | Multiteràpia | [MÓN] | Monoteràpia | [SIN] | Sense Tractament |
| Actual | [OMS] | Multiteràpia | [OTRA] | Multiteràpia | [MON] | Monoteràpia | [SIN] | Sense Tractament |
| OMS | Multiteràpia | inici | _____ | fi | _____ | | | |
16. Mè ☐ D ☐ E; Peu ☐ D ☐ E; Ull ☐ D ☐ E; ☐ Cap; ☐ Altres
17. ☐ Discapacitat màxima

(grau de discapacitat: 0. No discapacitat; 1. Discapacitat grau 1; 2. Discapacitat grau 2)

18. Observacions

Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: _____

Identificador del caso para el declarante: _____

Fecha de la primera declaración del caso¹: ____-____-____

Identificador del laboratorio (especificar usando los códigos/literales incluidos en el anexo): _____

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____-____-____

Edad en años: ____ Edad en meses en menores de 2 años: ____

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: ____-____-____

Fecha de inicio de síntomas: ____-____-____

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Cefalea | ☐ Conjuntivitis | ☐ Erupción cutánea |
| ☐ Escalofríos | ☐ Fallo renal | ☐ Fiebre |
| ☐ Hemoptisis y síntomas respiratorios | ☐ Hemorragias | ☐ Ictericia |
| ☐ Meningitis | ☐ Mialgia | ☐ Miocarditis |

Hospitalizado³: Sí ☐ No ☐

Defunción: Sí ☐ No ☐

Lugar del caso⁴:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Importado⁵: Sí ☐ No ☐

¹ Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).

² Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.)

³ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

⁴ Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.

⁵ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: ____-____-____

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ____-____-____

Agente causal⁶ (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ *Leptospira interrogans*
☐ *Leptospira spp*
☐ *Leptospira*, otras especies

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- ☐ LCR ☐ Líquido peritoneal
☐ Orina ☐ Sangre

Prueba (marcar la prueba positiva en la muestra principal):

- ☐ Ácido Nucleico, detección ☐ Aislamiento
☐ Anticuerpo, seroconversión ☐ Anticuerpo, IgM
☐ Inmunofluorescencia

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____

Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Manipulador de alimentos ☐ Manipulador de animales
☐ Medioambiental: agua ☐ Medioambiental: animal
☐ Medioambiental: suelo ☐ Trabajador de la construcción
☐ Trabajador de laboratorio ☐ Trabajador en barco

Exposición (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- ☐ Aerosol
☐ Aire (excepto aerosoles)
☐ Aguas recreativas⁷
☐ Lesión ocupacional
☐ Contacto con animal, tejidos de animales, o derivados
☐ Otra exposición ambiental⁸

Animal sospechoso (marcar el principal de las siguientes opciones):

⁶ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.

⁷ Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.

⁸ Otra exposición ambiental: como tareas de jardinería, agricultura,...; o contacto con objetos o suelo contaminados, establos, mataderos...

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Animal de caza mayor | ☐ Animal de caza menor | ☐ De granja |
| ☐ Gato | ☐ Mascota Exótica | ☐ Mascota, otra |
| ☐ Mono | ☐ Murciélago | ☐ Otro animal |
| ☐ Otro Salvaje libre | ☐ Perro | ☐ Roedor |
| ☐ Salvaje cautivo | ☐ Zorro | |

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| ☐ Aguas costeras | ☐ Alcantarillado | ☐ Boscoso |
| ☐ Fosa séptica | ☐ Fuente | ☐ Humedal |
| ☐ Inundación | ☐ Lago | ☐ Pozo |
| ☐ Río | ☐ Rural | ☐ Selvático |
| ☐ Terreno encharcado | ☐ Urbano | |

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País: _____ C. Autónoma: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

Fecha de ida: ____-____-____ Fecha de vuelta: ____-____-____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Probable
- ☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐ Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁹: _____

OBSERVACIONES¹⁰

⁹ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

¹⁰ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta



--	--	--	--	--	--	--	--

Malaltia Any Regió Num. fitxa

15/09/2017

Fitxa epidemiològica. **Cas de malaltia meningocòccica (MM)**

Dades del pacient:

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel.
Municipi Província Codi

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i diagnòstiques:

☐ 1. Meningitis ☐ 2. Septicèmia ☐ 3. Altres. Especifiqueu-los

☐ 4. Meningitis + septicèmia ☐ 5. Epiglottitis ☐ 6. Pneumonia ☐ 7. Artritis

S'ha realitzat tractament antibiòtic previ al diagnòstic? ☐ 1. Si ☐ 1. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés Hora d'hospitalització

Microbiologia:

	Tinció directa (Gram)	Cultiu	Altres proves
Líquid cefaloraquidi	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Sang	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Exsudats de lesions cutànies	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -
Altres mostres. Especifiqueu-les	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ - ☐ no practicat	☐ + ☐ -

Es va aïllar *Neisseria meningitidis* (NM)?

☐ 1. Si ☐ 2. No

Serogrup d'NM aïllat

☐ 1. A ☐ 2. B ☐ 3. C ☐ 4. Y ☐ 5. W-135
☐ 6. no agrupable ☐ 9. NS/NC

Dades epidemiològiques:

Nom i adreça completa de l'escola, guarderia o lloc de treball

Data últim dia d'assistència Telèfon

Ha estat traslladat en ambulància? ☐ 1. Si ☐ 2. No Se li han practicat maniobres de reanimació? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Ha tingut contacte amb algun cas de:

Malaltia meningocòccica ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu: Tipus de relació amb el pacient

- ☐ 1. Convivent familiar ☐ 2. Company d'habitació ☐ 3. Company de llar d'infants
☐ 4. Company de classe (escola) ☐ 5. Altres. Especifiqueu-los

Especifiqueu el nom del cas índex

Ha fet quimioprofilaxi? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Amb quin fàrmac?

☐ Rifampicina

Altres (especifiqueu-los).....

Amb quina pauta?

.....mg, cadahores, durant.....dies

.....mg/kg de pes, durant dies

S'havia administrat vacuna antimeningocòccica abans de patir la malaltia? ☐ Sí ☐ No

Nombre de dosis Data de l'última dosi

Mesures preses respecte als contactes:

Nombre de quimioprofilaxis indicades (no necessàriament administrades) S'ha fet quimioprofilaxi als contactes? ☐ Sí ☐ No
data:

A quins contactes ☐ Convivents, nombre..... Companys de classe (escola o llar d'infants), nombre.....

☐ Altres, nombre Especifiqueu-los

Amb quin fàrmac?

☐ Rifampicina

Altres (especifiqueu-los).....

Amb quina pauta?

.....mg, cadahores, durant.....dies

.....mg/kg de pes, durant dies

S'ha vacunat els contactes? ☐ Sí ☐ No Data.....

☐ Convivents, nombre Companys d'escola o llar d'infants, nombre

☐ Altres, nombre Especifiqueu-los

Mesures preses respecte al pacient:

Quin va ser l'antibiòtic que va ser tractat durant la NM ?

Ha rebut vacuna antimeningocòccica després de patir la malaltia? ☐ B ☐ C ☐ A, C, Y y W (tetravalent conjugada) Data:

Conclusió:

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data alta hospitalària

2. Va morir a conseqüència de la malaltia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció.....

3. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia

Tipus de cas:

☐ sospitós ☐ confirmat ☐ no cas

Observacions

.....
.....
.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de Paludisme

Dades del pacient: 1 entrega finalització

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació Lloc de Treball

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

País d'origen del pare País d'origen de la mare

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Immigrant: ☐ 1. Resident ☐ 2. Acaba d'arribar (1 mes) ☐ 3. Transeunt

Simptomàtic ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Dades del metge declarant

Nom, cognoms Núm. coleg
Centre sanitari Codi Tel.
Municipi Província Codi

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i microbiològiques

Data del diagnòstic Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés

Frotis gota gruessa: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 3. No practicat

Espècie aïllada:

☐ <i>Plasmodium malariae</i>	☐ <i>Plasmodium falciparum</i>	☐ <i>Plasmodium vivax</i>
☐ <i>Plasmodium ovale</i>	☐ No determinat	☐ Altres. Especificar

Antígen: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu

Serologia: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu

PCR: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu

Dades epidemiològiques

Àrees geogràfiques visitades en els 30 dies anteriors a l'inici de la simptomatologia:

País	Regió	codi	Data d'anada	Data de tornada
.....				
.....				
.....				

Zona: ☐ 1. Rural ☐ 2. Urbana

Tipus de Viatge: ☐ 1. Turisme ☐ 2. Treball ☐ 3. Cooperant ☐ 4. Individual ☐ 5. Programat

Quin tipus de paludisme pateix?Conegut ☐Desconegut ☐☐ 1. Importat☐ 2. Autòcton☐ Induït:☐ 3. Per drogoaddicció☐ 5. Introduït (aerport)☐ 4. Transfusió sanguínia

Ha patit paludisme anteriorment?☐ 1. Sí☐ 2. No

Dates:

Lloc:

Ha fet quimioprofilaxi?**Nom del Medicament****Pauta**☐ 1. Sí☐ 2. No

L'ha abandonat durant el viatge?☐ 1. Sí☐ 2. No**L'ha abandonat a la tornada?**☐ 1. Sí☐ 2. No

Quin tractament rep?**Nom del Medicament** **Pauta****Nom del Medicament** **Pauta****Nom del Medicament** **Pauta**

Conclusió1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data alta hospitalària2. Va morir a conseqüència de la malaltia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció3. Reinfecció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS4. Recidiva ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS7. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia

Observacions

.....

.....

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de Parotiditis

Dades del pacient: 1 entrega finalització.....
Nom Cognoms
Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐
Adreça Tel:.....
Municipi Província DM.....
Ocupació Lloc de Treball.....
País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país).....
Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant

Nom, cognoms..... Núm. coleg.....
Centre sanitari Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració..... Setmana declaració.....

Escola, guarderia o lloc de treball
Adreça Municipi.....
Últim dia d'escola o feina

Activitats extraescolars o extraprofessionals: ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. NS

Nom i adreça
Nom i adreça
Nom i adreça
Nom i adreça

Dades clíniques i diagnòstiques

Data d'inici dels símptomes
Febre ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Temperatura (la més alta registrada)

Definició de cas clínic: ☐ Tumefacció paròtida $\geq$ 2 dies ☐ Tumefacció altres glàndules salivars $\geq$ 2 dies

Altres símptomes:

Orquitis: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Encefalitis: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
Meningitis: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Altres: especificar:.....

Hospitalització: ☐ 1. Sí ☐ 2. No Nom del centre:
Dies d'hospitalització Data d'alta hospitalària.....

Dades de laboratori:

IgM + ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS ☐ (-) Data extraccions IgM:

Seroconversió: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS ☐ (-)

PCR saliva: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS ☐ (-) Data PCR

Altres proves: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS ☐ (-) Especificar mètode

S'ha fet cap prova?: ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS

Vacuna:

Ha rebut alguna dosi vacunal? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Nombre de dosis rebudes

Data 1a. dosi..... 2a. dosi.....

Tipus de vacuna: ☐ 1. Triple Vírica ☐ Antiparotiditis

Motius per no haver rebut la vacuna:

☐ 1. Creences personals ☐ 4. Certificat mèdic de malaltia prèvia
☐ 2. Contraindicació mèdica ☐ 4. Edat inferior a la data de vacunació (< 15 mesos)
☐ 3. Confirmació d'immunitat per laboratori ☐ 4. Haver nascut abans de 1978 ☐ 7. Altres

Dades epidemiològiques:

Cas esporàdic: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Associat a un altre cas: ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Casos relacionats

☐ 1. Familiar ☐ 4. Militar ☐ 7. Presó ☐ 10. Altres. Especificar
☐ 2. Llar d'infants ☐ 5. Centre sanitari ☐ 8. Viatge
☐ 3. Escola ☐ 6. Treball ☐ 9. Desconegut

Nom del lloc de transmissió:

Adreça Telèfon

Activitats de control:

Revisió de carnets vacunals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS N° de carnets revisats.....

Vacunes administrades als contactes ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS N° de vacunes administrades

Altres. Especificar ☐ No s'ha fet

Tipus de cas:

☐ 1. Prevenible ☐ 2. No prevenible (casos vacunats o <15 mesos o any naixement <78) ☐ 9. NS

☐ 1. Cas sospitós (clínica (+))
☐ 2. Cas probable
☐ 3. Cas confirmat (clínica (+) IgM (+) o seroconversió (+) o lligam epidemiològic amb un cas confirmat)

☐ 1. Cas autòcton ☐ 2. Cas importat

Conclusió

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

2. Defunció ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció.....

3. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia.....

Observacions (informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



FITXA EPIDEMIOLOGICA DE CAS DE PESTA

Dades del pacient

Nom i Cognoms _____

Data de naixement _____

Edat (Anys) _____

Sexe

[][][][][][]

☐ 1. Home

☐ 2. Dona

Adreça, Carrer o P'ça _____

Núm. _____

Telèfon _____

Localitat _____

Província _____

Codi _____

País d'origen _____

Any d'arribada _____

Codi _____

Ocupació _____

Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país _____

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes _____

[][][][][][]

Forma clínica

☐ 1. Pesta bubònica

☐ 2. Pesta septicèmica

☐ 3. Pesta pneumònica

☐ 4. Pesta faringia

Sintomatologia _____

Ingrés a l'hospital

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data d'hospitalització _____

[][][][][][]

Centre _____

Servei _____

Tractament _____

Local _____

Evolució:

☐ 1. Curació

☐ 2. Defunció

Data de defunció _____

[][][][][][]

Dades de laboratori

Aïllament de l'agent

☐ 1. Positiu

☐ 2. Negatiu

☐ 9. No practicat

Serologia

☐ 1. Positiva

☐ 2. Negativa

☐ 9. NS/NC

En cas de ser positiu. Especificar títols _____

Dades epidemiològiques

Cas: ☐ 1. Esporàdic ☐ 2. Associat a brot

☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

☐ 1. Autòcton ☐ 2. Importat

Si és importat lloc de procedència del malalt _____

Lloc d'entrada al país _____ Data

Antecedents de vacunació ☐ 1. Si ☐ 2. No Data

Centre de vacunació _____

Mecanismes de transmissió:

☐ 1. De persona a persona

☐ 2. Picadura de puça Espècie animal infectada per la puça _____

☐ 3. Mossegada o esgarrapada d'animal Espècie animal _____

☐ 4. Manipulació de teixits d'animals infectats

☐ 5. Manipulació de mostres de laboratori

Mesures adoptades

Dades del declarant

Data de declaració del cas

Metge que declara el cas _____

Centre de treball _____ Telèfon

Municipi _____ Província _____



Fitxa epidemiològica. Cas de poliomielitis.

Dades del pacient

Nom

Cognoms

Data de naixement

□ □ □ □ □ □

Sexe

☐ Home

☐ Dona

Adreça

Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

□ □ □ □ □ □ □ □

Municipi

Província

Districte mpal.

Codi

□ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □

País d'origen

Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país

Codi

□ □ □

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes

□ □ □ □ □ □

Diagnòstic preliminar:

☐ 1. Pòlio no paralítica

☐ 2. Pòlio paralítica

Tipus:

☐ 1. Bulbar

☐ 2. Espinal

☐ 3. Bulboespinal

Ingrés a l'hospital

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data de l'hospitalització

□ □ □ □ □ □

Centre

Servei

Antecedents de malalties:

Immunodeficiència congènita adquirida

☐ 1. Si

☐ 2. No

Tractament immunosupressor recent

☐ 1. Si

☐ 2. No

Malnutrició

☐ 1. Si

☐ 2. No

Evolució clínica 60 dies després de l'inici (dada a completar posteriorment):

Recuperació completa (No paràlisis residual)

☐ 1. Si

☐ 2. No

Paràlisi residual

☐ 1. Si

☐ 2. No

Defunció

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data de defunció

□ □ □ □ □ □

Causa

Dades de laboratori

Cultiu ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ 9. NS/NC Tipus de mostra _____

Serologia

☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 9. NS/NC En cas afirmatiu. Especificar títols _____

Dades epidemiològiques

Ha rebut la vacuna davant la poliomielitis ? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Tipus de vacuna: ☐ 1. Oral atenuada (VPO) ☐ 2. Injectable inactivada (VIP) Lot _____

Núm. dosis rebudes _____ Dates aproximades

Última dosis rebuda _____ Data

--	--	--	--	--	--

Presenta document de carnet vacunal ? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Ha realitzat un viatge recentment (<30 dies) ? ☐ 1. Si ☐ 2. No

Lloc _____ Data de tornada

--	--	--	--	--	--

Si és estranger, lloc d'origen _____ Data d'arribada

--	--	--	--	--	--

Ha tingut contacte amb vacunats d'VOP, 60 dies abans de l'inici del quadre ?

☐ 1. Si ☐ 2. No Data

--	--	--	--	--	--

 Relació _____

Classificació definitiva del cas

Cas ☐ 1. No Polio ☐ 2. Sospitós ☐ 3. Associat a vacuna ☐ 4. Confirmat
Origen ☐ 1. Indígena ☐ 2. Importat

Dades del declarant

Data de declaració del cas

--	--	--	--	--	--

Metge que declara el cas _____

Centre de treball _____ Telèfon

--	--	--	--	--	--

Municipi _____ Província _____



FITXA EPIDEMIOLÒGICA DE CAS DE RÀBIA

Dades del pacient

Nom i Cognoms _____

Data de naixement

Edat (Anys)

Sexe

[][][][][][]

☐ 1. Home

☐ 2. Dona

Adreça, Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

Localitat

Província

Codi

País d'origen

Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país

Any d'arribada

Codi

Ocupació

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes

[][][][][][]

Sintomatologia

Complicacions

Ingrés a l'hospital

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data d'hospitalització

[][][][][][]

Centre

Servei

Tractament

Local

Vacuna

☐ 1. Si

☐ 2. No

Tipus

Lab.

Lot

Data inici vacunació

[][][][][][]

Pauta

Via

Regió

Núm. dosis

Control serològic postvacunació

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data

[][][][][][]

Títols

Immunoglobulina

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data

[][][][][][]

Dosis

Zona

Altres tractaments

Evolució:

☐ 1. Curació

☐ 2. Defunció

Data de defunció

[][][][][][]

Dades de laboratori

Data Tipus de proves practicades i resultat

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ 1. Sospitós ☐ 2. Confirmat

Dades de l'agressió

Data Lloc Provocació prèvia ☐ 1. Si ☐ 2. No

	Cap, Coll	Mans, Dits	Tronc	Peus, Cames	Braços	Altres (especificar)
Mossegada						
Laceració						
Esgarrapada						
Contacte						
Altres						

Tipus de lesió ☐ 1. Lleu ☐ 2. Moderada ☐ 3. Greu ☐ 4. Múltiple

Dades de l'animal agressor

Espècie ☐ 1. Gos ☐ 2. Gat ☐ 3. Altres animals domèstics. Especificar

☐ 4. Salvatge Citar ☐ 5. Ratpenat Espècie

Es tracta de gos o gat vacunat? ☐ 1. Si ☐ 2. No Data

Tipus de vacuna

Diagnòstic de laboratori ☐ 1. Si ☐ 2. No Data

Tipus de prova practicada i resultat

Dades del declarant

Data de declaració del cas

Metge que declara el cas

Centre de treball Telèfon

Municipi Província



Fitxa epidemiològica. **Cas de Rubèola**

Dades del pacient

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM.....

Ocupació

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada Data d'inici dels símptomes

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg.....

Centre sanitari Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració.....

Escola, guarderia o lloc de treball

Nom Telèfon.....

Adreça

Activitats extraescolars o extraprofessionals..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

- 1) Nom i adreça
- 2) Nom i adreça
- 3) Nom i adreça
- 4) Nom i adreça

Dades clíniques:

Data d'inici dels símptomes

Exantema maculopapular generalitzat d'inici agut	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Febre	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Artràlgies / artritis	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Limfadenopatia	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Conjuntivitis	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC

Encefalitis	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Trombocitopènia	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Altres	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC

Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC Nom de l'hospital.....

Dies d'hospitalització..... Data ingrès Data d'alta

Dades de laboratori:

IgM +	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Seroconversió	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
Altres proves	☐	1. Sí	☐	2. No	☐	9. NC
No s'ha fet cap prova	☐					

Especificar

Vacuna:

Ha rebut alguna dosi vacunal

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Nombre de dosis rebudes

Data 1a dosi..... 2a dosi.....

Tipus de vacuna

☐ Triple vírica ☐ Antirubeòlica

Motius per no haver rebut la vacuna

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 1. Creences personals | ☐ 4. Certificat mèdic de malaltia prèvia | ☐ 7. Nens, nascuts abans de 1978 |
| ☐ 2. Contraindicació mèdica | ☐ 5. Edat inferior a la data de vacunació | ☐ 8. Altres |
| ☐ 3. Confirmació d'immunitat per laboratori | ☐ 6. Nenes, nascudes abans de 1969 | ☐ 9. Desconegut |

Dades epidemiològiques:

El cas és una embarassada

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Cas esporàdic

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Associat a un altre cas

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Si hi està associat, especificar el tipus de relació:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ 1. Familiar | ☐ 4. Militar | ☐ 7. Presó | ☐ 10. Altres. Especifiqueu-los |
| ☐ 2. Llar d'infants | ☐ 5. Centre sanitari | ☐ 8. Viatge | |
| ☐ 3. Escola | ☐ 6. Treball | ☐ 9. Desconegut | |

Nom del lloc de transmissió

Adreça Telèfon

Activitats de control:

Revisió de carnets vacunals

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Nº de carnets revisats

Vacunes administrades als contactes

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Nº de vacunes administrades

Altres. Especificar

☐ No s'han fet**Evolució:**

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| ☐ 1. Curació | ☐ 1. Sí | ☐ 2. No | ☐ 9. NS | |
| ☐ 2. Defunció | ☐ 1. Sí | ☐ 2. No | ☐ 9. NS | Data defunció |
| ☐ 3. No cas | ☐ 1. Sí | ☐ 2. No | ☐ 9. NS | |

Observaciones:

.....

.....

.....

Font de detecció:

- ☐
1. MDO individualitzada
- ☐
2. Altes hospitalàries
- ☐
3. Tècnics de la secció d'epidemiologia

Tipus de cas:

- ☐
- Prevenible
- ☐
- No prevenible

Conclusió 1:

- ☐
- Cas sospitós
- ☐
- Cas probable
- ☐
- Cas confirmat

Conclusió 2:

- ☐
- Cas autòcton
- ☐
- Cas importat

Dades de seguiment:

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de síndrome de rubèola congènita

Dades del pacient

Cognoms i nom

Data de naixement

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Domicili

Telèfon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Localitat

Comarca

Regió sanitària

Districte municipal

Dades clíniques

Clínica

Cataractes ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Glaucoma congènit ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Malaltia congènita cardíaca ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Especifiqueu-ho

Sordesa ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Retinopatia pigmentària ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Púrpura ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Esplenomegàlia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Icterícia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Hepatomegàlia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Microcefàlia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Retard mental ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Meningoencefalitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Malaltia òssia radiolúcida ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Altres ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Especifiqueu-ho

Prematuritat

Edat en fer el diagnòstic

Data del diagnòstic

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

____ Anys ____ Mesos ____ Dies

Hospitalització

Data d'ingrés

Data d'alta

Hospital

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Història materna

Edat en el part

Nombre de fills nascuts vius

Ocupació

Serologia enfront de la rubèola abans de l'embaràs o de l'exposició

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

en cas afirmatiu, data ____

titulacions

Havia estat vacunada?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

en cas afirmatiu, data ____

Durant l'embaràs ha patit alguna malaltia compatible amb la rubèola?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

en cas afirmatiu, mes de gestació

Font d'exposició

☐ 1. Familiar

☐ 4. Treball

☐ 7. Centre sanitari

☐ 10. Altres. Especifiqueu-los

☐ 2. Llar d'infants

☐ 5. Presó

☐ 8. Militar

☐ 3. Escola

☐ 6. Viatge

☐ 9. Desconegut

Nom, adreça i telèfon del lloc de transmissió

Dades de laboratori

Tipus de mostra	Data	Tipus de test	Resultat
-----------------	------	---------------	----------

Mare

Fill

Activitats de control

Ha estat en contacte estret amb algun nen/a que no està vacunat enfront de la malaltia, però que per edat i d'acord amb el calendari vigent hauria d'estar-ho?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Nc

Observacions

Font de detecció

☐ 1. MDO individualitzada ☐ 3. Tècnics de la secció d'epidemiologia
☐ 2. Altres hospitalàries

Tipus de cas

☐ Prevenible ☐ No prevenible

Conclusió

☐ Cas sospitós ☐ Cas probable ☐ Cas confirmat
☐ Cas autòcton ☐ Cas importat

Dades de l'enquestador

Cognoms i nom de l'enquestador

Telèfon

Data de tancament de la fitxa

La zona ombrrejada l'emplenarà la Unitat d'Epidemiologia

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE (SARS)

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

Identificador del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente²:

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso³: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- ☐ Dificultad respiratoria
- ☐ Fiebre alta (> 38 °C)
- ☐ Tos
- ☐ Síndrome de Distress Respiratorio (SDR)
- ☐ Diarrea

Pruebas clínicas (marcar todas las opciones que correspondan):

- ☐ Radiología positiva
- ☐ Autopsia con signos de síndrome de distrés respiratorio

Resultados de tratamiento (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Curación
- ☐ Defunción
- ☐ Pérdida del caso
- ☐ En fase de recuperación
- ☐ Estable
- ☐ Agravado

Hospitalizado⁴: Sí ☐ No ☐

Fecha de ingreso hospitalario: / / Fecha de alta hospitalaria: / /

Defunción: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: / /

Lugar del caso⁵:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado⁶: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁷: ☐ *Coronavirus*

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

☐ Espudo

☐ Orina

☐ Sangre

☐ Suero

☐ Heces

☐ Líquido pleural

☐ Exudado nasofaríngeo

☐ Aspirado respiratorio: broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial

☐ Biopsia pulmonar: bronquial, transbronquial, pulmonar, pleural y otras

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

☐ Aislamiento

☐ Anticuerpo, seroconversión

☐ Ácido Nucleico, detección

☐ Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Atiende a personas enfermas

☐ Trabajador de laboratorio

☐ Trabajador sanitario

Exposición (marcar todas las posibles si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

☐ Contacto con un enfermo o infectado (portador)

☐ Contacto con persona de país de alta prevalencia

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Hospital
☐ Laboratorio

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País: **C. Autónoma:**

Provincia: **Municipio:**

Fecha de ida: / / **Fecha de vuelta:** / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Descartado: Sí ☐ No ☐

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Sospechoso
☐ Probable
☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote⁸:

OBSERVACIONES

Investigación de contactos: Sí ☐ No ☐

Otras observaciones⁹:

Fichero: Sí ☐ No ☐

1. Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Nombre y Apellidos.
3. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
4. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
5. Lugar del caso (país, CA, prov., mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
6. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
7. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.



Codi reservat a la regió sanitària

--	--	--	--	--	--	--	--

Malatia Any Regió Num. fitxa

NOTA: Període de incubació 1-3 dies fins a 7 d.
S'excreta fins a 4 setmanes després del I.S.

05/10/2018

Enquesta Shigel·losi

DATA.....

Presentació

Infermera.....de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Aquesta infecció es pot transmetre de persona a persona i necessitem de la seva col·laboració per evitar que continuï propagant-se. Les preguntes que li farem són totalment confidencials.

Aquesta és una infecció bacteriana que afecta a l'intestí. Es transmet al ingerir aliments o aigua contaminada o per contagi directa amb una persona infectada. Els nens, persones que viuen en asils, viatgers i persones que mantenen determinades pràctiques sexuals (especialment homes que tenen sexe amb homes (HSH)) tenen més risc d'afectar-se. Els símptomes més freqüents són: diarrea amb o sense sang, febre i dolor abdominal.

La mesura preventiva més important és el rentat de mans.

Dades del pacient:

Nom..... Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:.....

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)

Data d'arribada

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i microbiològiques:

Símptomes presentats:

Diarrees	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....
Vòmits.....	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....
Febre	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....
Dolor abdominal.....	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....
Nàusees.....	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....
Cefalees.....	☐ Sí	☐ No	Dia inici.....	Dia final.....

A partir de les respostes anteriors, Data d'inici dels símptomes

Data del diagnòstic..... Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Centre Hospitalari Data d'ingrés.....
..... Data d'alta.....

S'ha practicat coprocultiu? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Resultat

☐ 1. *S. sonnei* ☐ 2. *S. flexneri* ☐ 3. *S. boydi* ☐ 4. *S. dysenteriae* ☐ 5. *S. spp*

Dades epidemiològiques:

Hi ha hagut contacte amb malalt o portador durant la setmana abans de l'inici de la simptomatologia? 1. Sí 2. No 3. NS/NC

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Realitza alguna d'aquestes Activitats?

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. Manipulador d'aliments | ☐ 4. Nen que assisteix a guarderia |
| ☐ 2. Treballador en establiment sanitari | ☐ 5. Residents d'altres institucions tancades. Especificar..... |
| ☐ 3. Treballador de guarderia / escola | ☐ 6. Cap dels anteriors |

Nom del centre.....

Tipus d'activitat

Adreça Telèfon.....

Ha fet viatges a l'estranger els 7 dies abans de l'inici dels símptomes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Lloc..... Països..... Dates.....

Lloc..... Països..... Dates.....

Hi ha hagut consum d'aigua no tractada durant la setmana abans de l'inici dels símptomes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Data..... Tipus ☐ 1. Pou. Especificar.....

☐ 2. Font. Especificar.....

☐ 3. Altres. Especificar.....

Ha menjat fora del domicili habitual durant la setmana abans de l'inici dels símptomes? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Lloc..... Data.....

Lloc..... Data.....

Lloc..... Data.....

LES PREGUNTES SOBRE PRÀCTIQUES SEXUALS FER-LES SEMPRE EN CAS DE MAJORS DE 18 ANYS. PER ALS MENORS DE 18 ANYS, VALORAR SI ÉS CONVENIENT FER-LES. SI ÉS EL CAS, INFORMAR ALS TUTORS QUE ES VOLEN FER AQUESTES PREGUNTES DIRECTAMENT AL MENOR.

A criteri de la persona que fa l'enquesta, és convenient recollir la informació d'aquest apartat? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En els 7 dies previs a l'inici de símptomes ha tingut relacions sexuals amb:

homes dones NC

Durant el mateix període ha practicat sexe oral (ex:relacions oro-anals, oro-digitals, jocs Scat*)?

si no NC

*escatològics.

Quants contactes sexuals amb persones diferents ha mantingut durant el Període d'incubació? (Cal especificar les dates a partir de la informació recollida sobre l'inici de símptomes. En cas de relacions sexuals, cal realitzar la cerca activa de casos entre aquests)

Homes (n).....

Dones (n).....

Vostè sap qui són aquestes persones i podria contactar amb elles? SI

NO

En cas d'haver mantingut relacions sexuals cal informar de la importància d'informar a aquestes persones tant pel risc de contagi com per la possibilitat que siguin la font d'infecció. RECOMANAR ALS CONTACTES QUE VAGIN AL SEU METGE DE CAPÇALERA SI HAN TINGUT SIMPTOMATOLOGIA O LA TENEN EN ELS 7 DIES POSTERIORS A LES RELACIONS.

Ha contactat amb les seves parelles sexuals via internet o App tipus Grinder? SI NO

Si ha hagut més d'una parella sexual en els últims 7 dies, especificar lloc de contacte:

☐ Bars ☐ Discoteques ☐ Saunes ☐ Festes sexuals privades

☐ Grups de sexe entre seropositius ☐ Altres:

Em podria indicar els noms dels locals

Amb posterioritat a l'inici dels seus símptomes, sap si s'han presentat altres casos de malaltia entre:

Amics ☐ 1. Sí ☐ 2. No Familiars ☐ 1. Sí ☐ 2. No Companys de classe / treball ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Altres convivents al domicili ☐ 1. Sí ☐ 2. No Parella/s sexuals ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu:

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Nom i cognoms

Forma part el cas d'un brot epidèmic? (A emplenar per SEPID) ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu, especificar

Control i evolució:

1. Curació 1. ☐ Sí 2. ☐ No 9. ☐ NS

S'ha comprovat la curació microbiològica? 1. ☐ Sí 2. ☐ No 9. ☐ NS

Resultat del 1r. Coprocultiu 1. ☐ + 2. ☐ - Data

Resultat del 2n. Coprocultiu 1. ☐ + 2. ☐ - Data

Resultat del 3r. Coprocultiu 1. ☐ + 2. ☐ - Data

2. Defunció 1. ☐ Sí 2. ☐ No 9. ☐ NS Data de defunció.....

3. No cas 1. ☐ Sí 2. ☐ No 9. ☐ NS Especificar la malaltia

Mesures adoptades: (A emplenar per SEPID)

Comunicació a SEQUIA ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data.....

Recomanacions preventives per la persona afectada i el seu entorn ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data.....

Observacions

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. Cas de sífilis congènita

Dades de la mare:

Nom y Cognoms de la mare..... Data Naixement.....
Adreça Tel:.....
Municipi Província DM
Ocupació..... Lloc de Treball.....
País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)
Data d'arribada

Dades del nen:

Nom y Cognoms del nen..... Data Naixement.....
Sexe: ☐ Home ☐ Dona
Nascut viu ☐ 1. Sí ☐ 2. No Data de defunció

Dades del metge declarant:

Nom, cognoms..... Núm. coleg
Centre sanitari..... Codi Tel.....
Municipi Província Codi.....
Data declaració Setmana declaració

Dades clíniques i microbiològiques:

Data del diagnòstic Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No
Centre Hospitalari Data d'ingrés

Dades epidemiològiques de la mare:

Data darrer període menstrual: Data primera visita al ginecòleg.....
Visites durant l' embaràs? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
Es va realitzar la prova no treponèmica (RPR o VDRL)?:
durant l'embaràs ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
al part ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
els 3 primers dies després del part ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

En cas afirmatiu, dates i resultats de la prova treponèmica:

Data	Resultats	Títol
.....	☐ 1. reactiva ☐ 2. no reactiva ☐ 9. desconegut	.....
.....	☐ 1. reactiva ☐ 2. no reactiva ☐ 9. desconegut	.....
.....	☐ 1. reactiva ☐ 2. no reactiva ☐ 9. desconegut	.....
.....	☐ 1. reactiva ☐ 2. no reactiva ☐ 9. desconegut	.....

S'ha confirmat la prova treponèmica (FTA-ABS o TP-PA)? ☐ 1. reactiva ☐ 2. no reactiva ☐ 3. no test ☐ 9. Desconegut

Se li ha practicat a la mare un examen per microscopia de camp fosc o per immunofluorescència?

☐ 1. Si, positiva ☐ 2. Si, negativa ☐ 3. No de les lesions ☐ 4. No presenta lesions ☐ 9. Desconegut

¿Abans del part quan va ser tractada per última vegada de sífilis? Data

☐ 1. abans de l'embaràs ☐ 2. Durant l'embaràs ☐ 3. No tractament ☐ 9. Desconegut

Before pregnancy, was mother's treatment adequate? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. Desconegut

During pregnancy, was mother's treatment adequate?

- ☐ 1. Yes, adequate ☐ 2. No, inadequate: non-penicillin therapy
☐ 3. No, inadequate: penicillin therapy begun < 30 days before delivery ☐ 2. Desconegut

An appropriate serologic response?

- ☐ 1. Yes, appropriate response with adequate serologic follow-up during pregnancy
☐ 2. Yes, appropriate response but no follow-up serologic titers during pregnancy
☐ 3. No, inappropriate response: evidence of treatment failure or reinfection
☐ 4. No, response was equivocal or could not be determined from available nontreponemal titer information

Dades epidemiològiques del nen:

Data de naixement.....

Estat vital: ☐ 1. viu ☐ 2. nascut viu, després mor ☐ 3. nascut mort ☐ 9. Desconegut

Data de mort.....

Did infant/child have a reactive non-treponemal test for syphilis (e.g. VDRL, RPR)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Desconegut

When was the infant/child's first reactive non-treponemal test for syphilis?

Indicate titer of infant/child's first reactive non treponemal test for syphilis?

Did infant/child have a reactive treponemal test for syphilis ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 9. Desconegut

When was the infant/child's first reactive treponemal test for syphilis?

Did the infant/child have any classic signs of CS? ☐ 1. Si ☐ 2. No, asymptomatic infant/child ☐ 9. Desconegut

Confirmación analítica:

Did the infant/child have a darkfield exam or DFA-TP? ☐ 1. Si, positiva ☐ 2. Si, negativa ☐ 3. No test ☐ 9. Desconegut

Did the infant/child have an IgM-specific treponemal test? ☐ 1. Si, reactiva ☐ 2. Si, no reactiva ☐ 3. No test ☐ 9. Desconegut

Infant/Child Evaluation:

Did the infant/child have long bone X-rays?

☐ 1. Si, changes consistent with CS ☐ 2. Si, no signs of CS ☐ 3. No xrays ☐ 9. Desconegut

Did the infant/child have a CSF-VDRL? ☐ 1. Si, reactiva ☐ 2. Si, no reactiva ☐ 3. No test ☐ 9. Desconegut

Did the infant/child have a CSF cell count or CSF protein test?

☐ 1. Si, one or both elevated ☐ 2. Si, both not elevated ☐ 3. No test ☐ 9. Desconegut

Was the infant/child treated?

- ☐ 1. Si, with Aqueous or Procaine Penicillin for ≥ 10 days
☐ 2. Si, with Ampicillin followed by Aqueous or Procaine Penicillin for a total ≥ 10 days
☐ 3. Si, with Benzathine penicillin x 1
☐ 4. Si, with other treatment
☐ 5. No treatment
☐ 9. Desconegut

Conclusió

1. Curació ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data alta hospitalària
2. Va morir a conseqüència de la malaltia..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Data de defunció.....
3. No cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS Especificar la malaltia

Observaciones

.....

.....

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa



Fitxa epidemiològica. Cas de tètanus

Dades del pacient

Nom _____ Cognoms _____

Data de naixement _____

Sexe

☐ Home ☐ Dona

Adreça: _____

Núm. _____

Telèfon _____

Carrer o plaça _____

Municipi _____

Província _____

Districte mpal. _____

Codi _____

País d'origen _____

Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país _____

Codi _____

Data d'inici dels símptomes _____

Dades del metge declarant

Nom _____ Cognoms _____

Núm. col·legiat _____

Centre sanitari _____

Codi _____

Telèfon _____

Municipi _____

Província _____

Codi _____

Data de la declaració _____

Setmana de declaració _____

Dades clíniques

Data del diagnòstic _____

Data d'hospitalització _____

Centre hospitalari _____

Codi _____

Dades epidemiològiques

Ocupació _____

Lloc de treball _____

Activitats de lleure amb risc _____

Servei militar

Data d'inici _____

Data de finalització _____

☐ Sí ☐ No

Porta d'entrada

1. Hi ha porta d'entrada sospitosa?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/Nc

2. Localització Data _____

3. Tipus: ☐ 1. Ferida. Característiques

☐ 2. Injecció. Especifiqueu-la

☐ 3. Punxada ocasional. Especifiqueu-la

☐ 4. Abacés. Especifiqueu-lo

☐ 5. Drogoaddicció per via parenteral

☐ 6. Cirurgia. Especifiqueu-la

- ☐ 7. Cremada.
- ☐ 8. Congelació.
- ☐ 9. Mossegada.
- ☐ 10. Dental.
- ☐ 11. Neonatorum.
- ☐ 12. Altres. Especifiqueu-los

4. Tractament de la porta d'entrada

Neteja/desbridament de ferida

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/Nc

Quant de temps després? hores dies

5. Administració d'immunoglobulina humana profilàcticament?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/Nc

Quant de temps després? hores dies Dosi

6. Administració d'immunoglobulina humana terapèuticament?

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. Ns/Nc

Quant de temps després? hores dies Dosi

Vacunació

Antecedents

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. No vacunat mai | ☐ 5. 4 o més dosis conegudes |
| ☐ 2. 1 dosi coneguda | ☐ 6. Vacunat però amb nombre de dosi desconegut |
| ☐ 3. 2 dosis conegudes | ☐ 9. Estat immunitari desconegut |
| ☐ 4. 3 dosis conegudes | |

Data de l'última dosi

Conclusió

1. Curació

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Data d'alta hospitalària

2. Va morir a conseqüència de la malaltia

☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Data de defunció

Observacions

Dades de l'enquestador

Nom de l'enquestador

Telèfon

Data de tancament de la fitxa

11/11/14



Departament de Sanitat
i Seguretat Social
Direcció General
Generalitat de Catalunya

Codi reservat a la regió sanitària

Malatia	Any	Regió	Num. fitxa
---------	-----	-------	------------

Fitxa epidemiològica. **Cas de tosferina**

Dades del pacient: 1 entrega finalització.....
Nom Cognoms
Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐
Adreça Tel:.....
Municipi Província DM
Ocupació..... Lloc de Treball.....
País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país)
Data d'arribada Data d'inici dels símptomes.....

Escola, guarderia o lloc de treball Últim dia:.....
Nom Telèfon.....
Adreça

Activitats extraescolars o extraprofessionals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC
1) Nom i adreça.....
2) Nom i adreça.....
3) Nom i adreça.....
4) Nom i adreça.....

Dades clíniques i diagnòstiques (dades a omplir amb el metge)

Data d'inici dels símptomes.....

A) Definició de cas clínic
☐ Refredat $\geq$ 2 setmanes ☐ Paroxísmes tusígens ☐ Estridor inspiratori ☐ Vòmits posttusígens

B) Altres símptomes
Pneumònia..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC
Convulsions ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC
Encefalopatia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC
Altres..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC Especifiqueu-les

Hospitalització..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC Nom de l'hospital.....
Dies d'hospitalització Data d'alta hospitalària

Dades de laboratori
Cultiu..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC ☐ (-)
Altres proves..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC ☐ (-) Especifiqueu el mètode
S'ha fet cap prova?.. ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

Vacuna

Ha rebut alguna dosi vacunal?..... ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC Nombre de dosis rebudes

Data 1a dosi..... 2a dosi..... 3a dosi.....

4a dosi..... 5a dosi.....

Tipus de vacuna ☐ DTPA ☐ Antipertussis

En els menors d'un any: la mare es va vacunar en el tercer trimestre de l'embaràs? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

En cas afirmatiu, data de vacunació

Motius per no haver rebut la vacuna

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. Creences personals | ☐ 4. Certificat mèdic de malaltia prèvia |
| ☐ 2. Contraindicació mèdica | ☐ 5. Edat inferior a la data de vacunació (<3 mesos) |
| ☐ 3. Confirmació d'immunitat per laboratori | ☐ 6. Altres ☐ 7. Desconegut |

Dades epidemiològiques

Cas esporàdic ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC Associat a un altre cas ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC

☐ Viatge Lloc.....

Si està associat, especificar el tipus de relació:

☐ 1. Familiar	☐ 4. Militar	☐ 7. Presó	☐ 10. Altres. Especifiqueu-los
☐ 2. Llar d'infants	☐ 5. Centre sanitari	☐ 8. Viatge	.....
☐ 3. Escola	☐ 6. Treball	☐ 9. Desconegut	.....

Nom del lloc de transmissió.....

Adreça Telèfon

Activitats de control

Aïllament domiciliari del cas	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC	Nombre de dies
Quimioprofilaxis als contactes de risc	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC	Nombre de quimioprofilaxis
Revisió de carnets vacunals	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC	Nombre de carnets revisats
Vacunes adminis. als contactes	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NC	Nombre de vacunes administrades
Altres. Especificar		☐ No s'ha fet

Evolució

☐ 1. Curació	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
☐ 2. Defunció	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS
Data defunció	
☐ 3. No cas	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS

Comentaris. (Informació de caràcter epidemiològic que no es reculli o trobi poc especificada en els apartats anteriors)

.....

.....

.....

Font de detecció

- ☐ 1. MDO individualitzada ☐ 2. Altes hospitalàries ☐ 3. Tècnics de la secció d'epidemiologia

Tipus de cas

- ☐ Prevenible ☐ No prevenible (casos vacunats o <3 mesos)

CONCLUSIO

- | | |
|---|--|
| ☐ Cas sospitós (clínica (+)) | ☐ Cas confirmat (clínica (+) cultiu (+) o lligam epid. amb un altre cas confirmat |
| ☐ Cas autòcton (Catalunya) | ☐ Cas importat (fora Catalunya) |

Infermera responsable..... Data tancament de la fitxa

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

Identificador del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

Identificador del laboratorio²:

DATOS DEL PACIENTE

Identificador del paciente²:

Fecha de nacimiento: / /

Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

País de nacimiento:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso³: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

☐ Calcificaciones cerebrales bilaterales

☐ Ceguera

☐ Convulsiones

☐ Coriorretinitis

☐ Estrabismo

☐ Hepatoesplenomegalia

☐ Hidrocefalia

☐ Microcefalia

☐ Prematuro

☐ Retraso mental

☐ Retardo psicomotor

☐ Otra

Hospitalizado⁴: Sí ☐ No ☐

Defunción: Sí ☐ No ☐

Lugar del caso⁵:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado⁶: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: / /

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁷: ☐ *Toxoplasma gondii*

Muestra (marcar hasta dos de las muestras con resultado positivo):

- ☐ Cordón umbilical
- ☐ Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- ☐ Líquido amniótico
- ☐ Orina
- ☐ Sangre
- ☐ Suero

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- ☐ Ácido nucleico, detección
- ☐ Aislamiento
- ☐ Anticuerpo, detección
- ☐ Anticuerpo, IgA
- ☐ Anticuerpo, IgG
- ☐ Anticuerpo, IgM
- ☐ Visualización

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Exposición: ☐ Persona a Persona: Madre-Hijo

Datos de la madre:

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Manipulador de animales
- ☐ Medioambiental: animal
- ☐ Medioambiental: suelo

Factor predisponente personal:

- ☐ Inmunodepresión

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Alimentario
- ☐ Animal
- ☐ Otro medioambiental

Tipo de animal:

☐ Gato

Embarazo - Diagnóstico y asistencia durante embarazo (marcar las que correspondan):

☐ Clínica compatible

☐ Embarazo con asistencia médica

Test durante el embarazo (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Realizado con técnicas de imagen

☐ Realizado con test de *screening*

☐ No realizado

Edad en años al parto:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso:

☐ Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí ☐ No ☐

Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐

Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Asociado:

A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote⁸:

OBSERVACIONES⁹

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Los códigos y literales están disponibles en el fichero electrónico.
3. Fecha del caso: Es la fecha de diagnóstico.
4. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
5. Lugar del caso (país, CA, pro., mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
6. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
7. Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.



FITXA EPIDEMIOLÒGICA DE CAS DE TRIQUINOSI

Dades del pacient

Nom i Cognoms _____

Data de naixement

Edat (Anys)

Sexe

|_|_|_|_|_|_|_|

☐ 1. Home

☐ 2. Dona

Adreça, Carrer o Plaça

Núm.

Telèfon

|_|_|_|_|_|_|_|

Municipi

Província

Districte mpal.

Codi

|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|

Dades clíniques

Data d'inici dels primers símptomes

|_|_|_|_|_|_|_|

Sintomatologia

Complicacions

Ingrés a l'hospital

☐ 1. Si

☐ 2. No

Data d'hospitalització

|_|_|_|_|_|_|_|

Centre

Servei

Tractament

Dades de laboratori

Biòpsia muscular

☐ 1. Positiva

☐ 2. Negativa

☐ 3. No realitzada

Serologia

☐ 1. Positiva. Resultat

☐ 2. Negativa

Data presa de mostres

1ª

|_|_|_|_|_|

2ª

|_|_|_|_|_|

Dades epidemiològiques

Tipus de cas

☐ 1. Sospitós/Probable

☐ 2. Confirmat

☐ 3. Esporàdic

☐ 4. Associat a un brot

Consum d'aliment sospitós

☐ 1. Si

Data de consum

|_|_|_|_|_|

☐ 2. No

Tipus d'aliment

☐ 1. Porc

☐ 2. Porc senglar

☐ 3. Ambdós

☐ ☐ 4. Altres. Especificar _____

Procedència de l'aliment ☐ ☐ 1. Matança domèstica ☐ ☐ 2. Cacera ☐ ☐ 3. Comercial
 ☐ ☐ 4. Altres. Especificar _____

Lloc de la compra _____

Examen de l'aliment sospitós

Data ☐ 1. Positiu ☐ 2. Negatiu ☐ No realitzat

Dades del metge declarant

Data de declaració del cas

Metge que declara el cas _____

Centre de treball _____ Telèfon

Municipi _____ Província _____

PROGRAMA DE TUBERCULOSI DE BARCELONA

Nº REGISTRE 31

Enquestador/a.....

Nom Cognoms

Data de naixement:..... Sexe ☐ Professió.....Telèfon

Adreça DP.....DM.....

Població Pais de naixement. Data d'arribada....

Lloc de treballdata de l'últim contacte Font declarant . ☐

Metge declarantCentre declarant..... Data declaració.....

Setmana declaració.....ABS..... Metge ABS.....

CODIFICACIÓ GENERAL

1- Si
2- No
9- No sap

SEXE

1- Home
2- Dona

FONT DECLARANT

1- Altes hospitalàries
2- Microbiologia
3- Epidemiologia

4- E.D.O.
5- Altres
6- Farmàcia

SIMPTOMES ☐ Clínica inicial Data inici.....

CAS ☐ ANTECEDENTS :

Diabetis ☐ Silicosi ☐ Renal C ☐ Embaraç ☐ Med. immunos. ☐ Gastrectom. ☐

ADVP ☐ SIDA ☐ Codi ☐ VIH ☐ Alcohol ☐ Tabac ☐ Distòcia social ☐

Presó ☐ CP ☐ Altres factors de risc per VIH ☐

DISTOCIA SOCIAL

1- Viu sol sense domicili fix
2- Viu sol, domic. fix, proble. mobilitat
3- Viu sol, domic. fix, proble. econòmics
4- Sense problemes socials
5- Viu en família desestructurada
6- Viu en família desestruc. Probl. econòm.

B.C.G. ☐ Any B.C.G.

Quimioprofilaxi ☐ Correcta ☐ Any.....

Quimioteràpia anterior ☐ Correcta ☐ Any.....

Quimio. anterior 2ª veg ☐ Correcta ☐ Any.....

Quimo. anterior 3ª veg ☐ Correcta ☐ Any.....

ALTRES FACT. RISC

1-
2- Homosex-bisex 2- No
3- Hemofil-hemotrans
4- Heterosex. promis.
5- Parella HIV+
6- Nega factor risc

ADVP

1- Si
3- Ex-ADVP

LOCALITZACIÓ:

Pulmonar ☐ Pleural ☐ Limfàtica ☐ Miliar ☐ Osteoarticular ☐

Genitourinaria ☐ Menígea ☐ Laríngea ☐ Altres ☐ Especificar

PPD ☐ mm. R.X ☐ Bacteriologia ☐ Identif. Germen ☐ Anatom. Patològica ☐

P.P.D.

1- Positiu
2- Negatiu
3- No realitzat
9- Desconegut

R.X.

1- Normal
2- Anormal cavitària
3- Anormal no cavitària
4- No practicada

BACTERIOLOGIA

1- Microscopia directa esput positiva
2- Negativa
3- Cultiu positiu
4- Positiu 1 i 3
5- Pendent
6- No practicada
7- ADA
8-PCR+
9- NC
10- Positiu 1 i 8

IDENT. GERMEN

1- M. tuberculosis
2- M. africanum
3- M. bovis
4- M. atípiques
5- No s'ha identificat
6- Contaminada
7- M. tuberculosis-complex
8- M. bovis vacuna-BCG

ANAT. PATOLOGICA

1- Positiva
2- Negativa
3- No practicada

HOSPITALITZACIÓ ☐

CENTRE.....

HISTÒRIA CLINICA.....

DATES:

Ingrés: / / Alta: / / Data diagnost.: / / Inici tractam: / / Final tractam: / /

P.P.D.(+)

Q.T. Q.P. RES

CONVIVENTS

NO CONVIVENTS

CASOS NOUS 31 31 31 31

Ident. focus ☐ Tipus focus ☐ Cas índex 31 Tract. Supervisat ☐ Lloc Tract. ☐

Tipus tract. ☐ Correcte ☐ Efectes secundaris ☐

RINH ☐ RRIFAM ☐ RETAM ☐ RPRZ ☐ RESTREPTO ☐

CONCLUSIO FINAL ☐

TIPUS TRACTAMENT

1- QT 6 mesos (3 drogues)
2- QT 6 mesos (4 drogues)
3- QT 9 mesos (3 drogues)
4- QT 9 mesos (4 drogues)
5- QT 18/24 mesos
6- Altres(especificar)
9- No inicia tractament

IDENT. FOCUS

1- Confirmat
2- Sospitós
3- Desconegut

TIPUS FOCUS

(Si es sosp. o confir., indicar)
1- Familiar
2- Extrafamiliar
3- Animal
4- Recaiguda

CONCLUSIO FINAL

0- Pendent
1- Curat
2- Crònic
3- Exitus TBC
9- Suspen tractament
4- Exitus altres causes
5- No residente
6- Perdut
7- No tuberculós
8- S'allarga el tractament
10- Trasllat fora de Catalunya

LLOC TRATC. SUPERVISAT

1- PMM en CAS
2- PMM en presó
3- Presó pero no en PMM
4- ETODA
5- Serveis Clínics
6- PMM/BUS
7- CAS/PLD

CONTACTES: Si viu sol 999, Si metge no indica:888, Si no es volen revisar: numcont (1-9)99

CONTACTES: Si viu sol 999, Si metge no indica:888, Si no es volen revisar: numcont (1-9)99

VARICEL·LA

NUMERO DE BROT:

1. DATA ENQUESTA:..... 2. NOM ENQUESTADOR/A:.....

3. NOM I COGNOMS CAS:.....

4. CIP:..... 5. SEXE: HOME/DONA

6. DATA NAIXEMENT:..... 7. PAIS DE NAIXEMENT.....

8. ANYS ARRIBADA A ESPANYA (si estranger).....

9. TELÈFON:..... 10. E-MAIL:.....

11. DATA INICI DE SÍMPTOMES:..... 12. COMPLICACIONS: SI/NO

13. HOSPITALITZAT: SI/NO DATA:.....

14. DEFUNCIÓ: SI/NO DATA.....

15. CONSULTA AL METGE: SI/NO 16. DATA:..... 16. CENTRE:.....

17. NOM METGE:.....

18. DIAGNÒSTIC LABORATORI?: SI/NO

19. PROVA CONFIRMATÒRIA: PCR / IgM / Seroconversió IgG / CULTIU

20. ESCOLA/CENTRE.....

21. ÚLTIM DIA ESCOLA:..... 22. DIA INCOPORACIÓ:.....

23. VACUNACIÓ: SI/NO : 24. NÚM DOSIS: 25. DATA DOSI 1:

26. DATA DOSI 2:

27. OBERVACIONS.....

.....

Enquesta epidemiològica individualitzada de la infecció pel VIH i la síndrome d'immunodeficiència adquirida.
Informe de cas

Declaració d'Infecció de VIH ☐ Declaració de SIDA ☐ Actualització (canvi estadi clínic, defunció...) ☐

Dades sociodemogràfiques

1. CIP _____ 2. Nom i cognoms _____
3. Sexe ☐ Home ☐ Dona 4. Data de naixement (dd/mm/aa) _____
5. Municipi de residència habitual (adreça completa) _____ Districte _____ Telèfon _____
6. País d'origen _____ Any arribada _____ 7. Si resideix a l'estranger, especificar país _____
8. Nivell d'instrucció ☐ Sense formació ☐ Educació primària ☐ Educació secundària ☐ Educació universitària ☐ Desconegut/no hi consta
9. Mort ☐ Sí ☐ No Si ha mort, especifiqueu-ne la data _____

Dades del metge/ssa notificant

10. Nom i cognoms _____ 11. Centre sanitari _____ 12. Telèfon _____
13. Unitat ☐ ASSIR ☐ EAP ☐ UITS ☐ Dermatologia ☐ Urgències ☐ Unitat VIH ☐ Urologia ☐ Altres _____
14. Data de notificació (dd/mm/aa) _____ Signatura _____

Factors socials i de risc

15. Ha compartit material per a la infecció intravenosa de drogues? (xeringues, filtres, taps,...) ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
16. Orientació sexual ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Transsexual ☐ Desconegut
17. Ha tingut relacions sexuals amb alguna/es de les persones següents?
Persones usuàries de drogues per via parenteral ☐ Persones usuàries o clients de prostitució ☐
Persones bisexuals ☐ Persones que exerceixen la prostitució ☐
Persones tractades amb sang o hemoderivats ☐ Desconegut ☐
Persones amb infecció per VIH o SIDA ☐ Altres. Especificar ☐
Persones amb múltiples parelles sexuals ☐
18. Ha tingut relacions sexuals amb la finalitat d'obtenir diners o drogues (prostitució)? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
19. Ha rebut tractament amb sang? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
20. Ha rebut tractament amb hemoderivats? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
21. Està o ha estat internat en un centre penitenciari? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
22. Altres tipus d'exposicions al VIH (tatuatge, acupuntura, exposició accidental transplantament...) ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
23. TRANSMISSIÓ VERTICAL MARE-FILL?
Mare usuària de drogues per via parenteral? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
Mare receptora de transfusió sanguínia o d'hemoderivats? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
Mare amb antecedents de relacions sexuals amb alguna/es de les persones del punt 25? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
Mare amb altres tipus d'exposició al VIH? Especificar ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut

Altres malalties associades

24. És portador de l'antigen de superfície de l'Hepatitis B (HBsAg)? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
25. És portador d'anticossos contra el virus de l'Hepatitis C (Ac VHC)? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
26. Ha presentat alguna infecció de transmissió sexual als darrers 12 mesos previs al diagnòstic de VIH? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut
En cas afirmatiu, especificar ☐ Sífilis ☐ Gonococ ☐ Clamídia ☐ Limfogranuloma veneri ☐ Altres

Dades de laboratori i tractament

27. Data de la primera evidència de laboratori de VIH

28. S'ha criat pel VIH alguna vegada a la vida? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut Data darrer test VIH negatiu

29. Limfòcits T CD4/mm3 (més pròxima data de diagnòstic) Data CD4/mm3

30. Càrrega viral en còpies /ml (més pròxima data de diagnòstic) Data CV

31. Ha rebut tractament antiretroviral? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut Data primer tractament

32. Test de resistències basal? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut

Resultat ☐ Sense resistències ☐ Resistència primària ☐ Resistència secundària

Especificar grup de fàrmacs ☐ ITIAN ☐ IP ☐ ITINAN

33. Prova de la tuberculina en el moment més pròxim al diagnòstic? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut Data Induració, mm

34. Ha rebut tractament per a la infecció tuberculosa latent? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut

Estadi clínic de la infecció pel VIH i Malaltia indicativa de Sida

☐ Primoinfecció ☐ Infecció assintomàtica ☐ Infecció simptomàtica sense criteris de sida ☐ Sida

En cas de sida, especificar primera malaltia indicativa i data:

01. Candidiasi esofàgica		16. Infecció per <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disseminada o extrapulmonar	
02. Candidiasi traqueal, bronquial o pulmonar		17. Infecció per <i>Mycobacterium</i> d'espècies no identificades, disseminades o extrapulmonars	
03. Coccidioidomycosi disseminada (≠ pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hiliars)		18. Septicèmia recurrent per salmonel·la (≠ <i>S. Typhi</i>)	
04. Criptococcosi extrapulmonar		19. Pneumonitis intersticial limfoide o hiperplàsia limfoide pulmonar (nens < 13 anys)	
05. Herpes simple muco-cutani crònic persistent > 1mes		20. Infeccions bacterianes múltiples recurrents incloses salmonel·les (nens < 13 anys)	
06. Herpes simple bronquial, pulmonar o esofàgic de qualsevol durada		21. Sarcoma de Kaposi	
07. Criptosporidiosi amb diarrea persistent > 1mes		22. Limfoma primari de cervell	
08. Histoplasmosi disseminada (≠ pulmó, ganglis limfàtics cervicals o hiliars)		23. Limfoma no hodgkinà de cèl·lules B o de fenotip immunològic desconegut, immunoblàstic o de cèl·lules petites (Burkit o equivalent)	
09. Isosporiasi amb diarrea persistent > 1mes		24. Encefalitis per VIH	
10. Citomegalovirus (≠ fetge, melsa o ganglis limfàtics)		25. Síndrome caquètica per VIH	
11. Retinitis per citomegalovirus (amb pèrdua de visió)		26. Tuberculosi pulmonar	
12. Pneumònia per <i>Pneumocystis jiroveci</i>		27. Pneumònia recurrent (2 episodis o més en 12 mesos)	
13. Toxoplasmosi cerebral (nens < 1 mes)		28. Càncer invasiu de coll d'úter	
14. Leucoencefalopatia multifocal progressiva			
15. Complex <i>Mycobacterium Avium</i> o <i>M. Kansalii</i> (≠ pulmó, pell, ganglis limfàtics cervicals o hiliars)			

Estudi de contactes

43. S'ha iniciat estudi de contactes?

☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut/no hi consta ☐ Nombre elevat de contactes anònims

	Home	Dona	Total contactes
42.1. Nombre de contactes sexuals en els darrers 3 mesos			
42.2. Nombre de contactes que el pacient pot localitzar			
42.3. Nombre de contactes que s'han pogut localitzar			
42.4. Nombre de contactes que s'han pogut tractar			

Observacions i/o comentaris

Aquest impress s'ha d'enviar a les Unitats de vigilància epidemiològica del Departament de Salut de les regions sanitàries de Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre i l'òrgan de vigilància de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El procediment de notificació, circuit i definicions de cas que s'ha de seguir per a la notificació d'aquestes infeccions està disponible al Manual de notificació de les MDO i a la publicació de la Definició de cas de les MDO, editades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Per més informació consulteu [AQUÍ](#)

INFORMACIÓ D'US ESTRUCTURAMENT CONFIDENCIAL

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA

DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante:

Identificador del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Lugar de residencia:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

País de nacimiento: Año de llegada a España:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

☐ Cefalea

☐ Dolor abdominal intenso

☐ Exantema eritematoso

☐ Exantema hemorrágico

☐ Exantema vesicular

☐ Fiebre

☐ Mialgia

☐ Úlcera bucal

☐ Vómitos

☐ Otra

Complicaciones: Sí ☐ No ☐

Hospitalizado³: Sí ☐ No ☐

Fecha de ingreso hospitalario: / / Fecha de alta hospitalaria: / /

Defunción: Sí ☐ No ☐

Fecha de defunción: / /

Lugar del caso⁴:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado⁵: Sí ☐ No ☐

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de toma de muestra: / /

Fecha de recepción en laboratorio fuente: / /

Fecha de diagnóstico de laboratorio (fecha del primer resultado concluyente): / /

Agente causal⁶: ☐ Virus de la viruela

Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

☐ Suero

☐ Líquido vesicular

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

☐ Detección de Ácido Nucleico (PCR)

☐ Aislamiento microbiológico

☐ Serología (Anticuerpo, detección)

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí ☐ No ☐

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)

☐ Contacto con un enfermo o infectado

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación (7-17 días previos al inicio de síntomas): Sí ☐ No ☐

Lugar del viaje:

País:

C. Autónoma:

Provincia:

Municipio:

Fecha de ida: / /

Fecha de vuelta: / /

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado con alguna dosis: Sí ☐ No ☐

Número de dosis:

Fecha de última dosis recibida: / /

Presenta documento de vacunación: Sí ☐ No ☐

Tipo de vacuna: ☐ Marca de vacuna anterior a 1980

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Descartado: Sí ☐ No ☐

Diagnóstico clínico en casos descartados (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Varicela

☐ Herpes simple diseminado

☐ Monkeypox

☐ Tanapox

☐ Otro especificado

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Sospechoso⁷
- ☐ Probable⁸
- ☐ Confirmado⁹

Criterios de clasificación de caso:

- Criterio clínico Sí ☐ No ☐
- Criterio epidemiológico Sí ☐ No ☐
- Criterio de laboratorio Sí ☐ No ☐

Categoría:

- Caso Vacunal¹⁰

Asociado:

- A brote: Sí ☐ No ☐

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote¹¹:

OBSERVACIONES⁹

- Investigación de contactos
- ¹²
- : Sí
- ☐
- No
- ☐

- Fichero adjunto:** Sí ☐ No ☐

Otras observaciones¹³:

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Lugar del caso (país, CA, pro., mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
5. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
6. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
7. Caso sospechoso: Cualquier persona previamente sana que presenta:
 - Una enfermedad grave y aguda, sin etiología conocida, con un extenso exantema maculopapular o vesicular.
 - Muerte sin etiología conocida tras una enfermedad febril con extenso exantema maculopapular o vesicular.
8. Caso probable: epidemiológicamente esté relacionado con otro caso confirmado por laboratorio.
9. Caso confirmado: Cualquier caso que cumpla los criterios de inclusión como caso sospechoso y, además, en una o más muestras clínicas se detecte genoma del virus de la viruela mediante PCR.
10. Caso vacunal: aquellos casos con antecedentes de vacunación en las 6 semanas previas al inicio del exantema, con IgM positiva y detección del genotipo vacunal. Los casos en los que no se haya detectado el genotipo vacunal, si aparecen en el contexto de un brote o han viajado a zonas en las que se están detectando casos, quedarán clasificados como confirmados por laboratorio.
11. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
12. Investigación de contactos: indicar si el caso notificado cuenta con estudio de contactos incorporado en base de datos estatal.
13. Otras observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.



--	--	--	--	--	--	--	--

Fitxa epidemiològica. **Cas de Xarmpió**

Dades del pacient

Nom Cognoms

Data de naixement Sexe: Home ☐ Dona ☐

Adreça Tel:

Municipi Província DM

Ocupació..... Lloc de Treball.....

País d'origen (Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país) Data d'arribada.....

Dades del metge declarant

Nom, cognoms..... Núm. coleg

Centre sanitari..... Codi Tel.....

Municipi Província Codi.....

Data declaració Setmana declaració

Nom, adreça i telèfon de l'escola, guarderia o lloc de treball

Activitats extraescolars o extraprofessionals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Últim dia d'escola.....

Nom adreça i telèfon

.....

.....

.....

Dades clíniques

Data d'inici dels símptomes.....

Exantema generalitzat ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Data d'inici Durada dies

Febre ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Temperatura (la més alta registrada) °C

Rinitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Tos ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Conjuntivitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Otitis mitjana ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Trombocitopènia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Diarrees ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Pneumònia ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Encefalitis ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC

Altres ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Especificar

Hospitalització ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Nom de l'hospital

Data d'ingrés hospitalari..... Data d'alta hospitalària.....

Dades de laboratori

IgM + ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. No practicada ☐ 9. NS/NC Data.....

Frotis faringi ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. No practicada ☐ 9. NS/NC Data.....

Orina ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. No practicada ☐ 9. NS/NC Data.....

Altres proves ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. No practicada ☐ 9. NS/NC Data.....

Especificar el mètode..... No s'ha fet cap prova ☐

Vacuna

Ha rebut alguna dosi vacunal ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Nombre de dosis rebudes ☐ 1 ☐ 2

Data de la 1ª dosi Data de la 2a dosi Si ha rebut més de dos dosis, feu constar les dates de les administrades darrerament
.....

Tipus de vacuna ☐ 1. Triple vírica ☐ 2. Antixarampionosa

Motiu per no haver rebut la vacuna

☐ 1. Creences personals ☐ 4. Certificat mèdic de malaltia prèvia ☐ 7. Altres
☐ 2. Contraindicació mèdica ☐ 5. Edat inferior a la de vacunació ☐ 9. Desconegut
☐ 3. Confirmació d'immunitat per laboratori ☐ 6. Haver nascut abans de 1978

Dades epidemiològiques

Tipus de cas ☐ 1. Esporàdic ☐ 2. Associat a un brot ☐ 9. NS/NC

Si està associat especifiqueu-ne el tipus de relació:

☐ 1. Familiar ☐ 4. Militar ☐ 7. Presó
☐ 2. Llar d'infants ☐ 5. Centre sanitari ☐ 8. Viatge
☐ 3. Escola ☐ 6. Treball ☐ 9. Desconegut ☐ 10. Altres. Especificar.....

Nom, adreça i telèfon del lloc de transmissió.....

Activitats de control

Nombre de contactes nascuts després de 1966.....

Revisió de carnets vacunals ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Nombre de carnets revisats.....

Vacunes administrades als contactes ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Nombre de vacunes administrades

Altres ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 9. NS/NC Especificar

No se n'han fet ☐

Evolució clínica

☐ 1. Curació ☐ 2. Defunció Data de defunció.....

Observacions

.....

.....

.....

Font de detecció

☐ 1. MDO individualitzada ☐ 2. Altes hospitalàries ☐ 3. Tècnics de la secció d'epidemiologia

Tipus de cas ☐ 1. Prevenible ☐ 2. No prevenible

Conclusió

☐ 1. Cas sospitós ☐ 2. Cas probable ☐ 3. Cas confirmat ☐ 4. No cas ☐ 5. No resident

☐ 1. Cas autòcton ☐ 2. Cas importat

Dades de seguiment

Infermera responsable Data tancament de la fitxa

Please wait...

If this message is not eventually replaced by the proper contents of the document, your PDF viewer may not be able to display this type of document.

You can upgrade to the latest version of Adobe Reader for Windows®, Mac, or Linux® by visiting <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

For more assistance with Adobe Reader visit <http://www.adobe.com/support/products/acrreader.html>.

Windows is either a registered trademark or a trademark of Microsoft Corporation in the United States and/or other countries. Mac is a trademark of Apple Inc., registered in the United States and other countries. Linux is the registered trademark of Linus Torvalds in the U.S. and other countries.