

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE BROT

Incloure informació encara que sigui provisional o no verificada

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el brot:

Lloc de feina: Data de declaració:

Servei/especialitat Telèfon de contacte Adreça electrònica

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES BàSIQUES

Àmbit-col·lectiu / territori epidèmic

Illa Municipi Zona:

Familiar/Domiciliari	<input type="checkbox"/>	Laboral	<input type="checkbox"/>	Res. geriàtrica	<input type="checkbox"/>	Agrupació esportiva	<input type="checkbox"/>
Hospital	<input type="checkbox"/>	Centre penitenciari	<input type="checkbox"/>	Escolar	<input type="checkbox"/>	Hotel	<input type="checkbox"/>
Bar / restaurant	<input type="checkbox"/>	Exèrcit	<input type="checkbox"/>	Poblacional	<input type="checkbox"/>	Desconegut	<input type="checkbox"/>
Altres àmbits o col·lectius		<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>				

Especificar dades identificació de l'àmbit: Nom establiment, família, centre etc.):

Adreça Telèfon:

Nombre de: Afectats: Concurrents Ingressats Defuncions

Vehicle / mecanisme de transmissió (sospita)

Consum aliment	<input type="checkbox"/>	Consum aigua	<input type="checkbox"/>	Respiratori (persona-persona)	<input type="checkbox"/>	Fecal-Oral	<input type="checkbox"/>	
Inoculació	<input type="checkbox"/>	Inhalatori	<input type="checkbox"/>	Altres	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>		
							No conegut	<input type="checkbox"/>

Dades que conegui sobre el vehicle i la transmissió

DADES CLINIQUES BàSIQUES

Malaltia / Sd. Clínica:

Etiologia Confirmació de laboratori No Sí Pendent

Síntomes

Data inici símptomes del primer cas:

DADES BàSIQUES DE LABORATORI (MOSTRES CLÍNIQUES O AMBIENTALS)

Especificar proves sol·licitades, resultats definitius, resultats pendents, nom de laboratori, etc..

INFORMACIÓ SOBRE AFECTATS

Identificació nominal	Telèfon	Ingrés hospitalari	Hospital
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	

ALTRES DADES D'INTERÈS / OBSERVACIONS