

**PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE:
SÍNDROME RESPIRATÒRIA AGUDA GREU**

DADES DEL DECLARANT

Nom i llinatges: _____ Tel. _____
 Centre: _____ Unitat: _____ Data de declaració: _____

CAS ASSOCIAT A UNA AGREGACIÓ DE CASOS NO SI DESCONEGUT

(emplenar per la Conselleria) N. de cas → _____ N. d'agregació → _____

DADES DEL CAS: Nom i llinatges → _____

Data de naixement: _____ Edat: _____ Gènere: Home Dona Desc

Nacionalitat: _____ Adreça habitual: _____
 Municipi: _____ País i província: _____ Tel. _____

Treballador Sanitari: Si No Desconegut Professió – ocupació habitual: _____

Turista: No Si → Lloc d'allotjament: _____

DADES CLÍNQUES: Data d'inici de símptomes: _____ Hora aproximada: _____

Febre >=38 Si No Desc Signes clínics de Síndrome de Distress Respiratori (SDR):
 Si No Desc

Tos
 Dificultat Respiratòria Altres Símtomes → _____
 Diarrea

EXAMEN RADIOLÒGIC: Radiografia Tòrax realitzada: Si ↓ No Desc

Resultat Rx: Infiltrat pulmonar compatible amb Pneumònia Atípica o SDR: Si No Desc

DIAGNÒSTIC CLÍNIC: Pneumònia Atípica SDR Ambdós

DADES D'INGRES HOSPITALARI: Data ingrès: _____ Hospital: _____

Mesures d'aïllament del malalt: No Desc Si → Dates: Inici: _____ Final: _____

Ha necessitat ventilació assistida: Si No Desc

TRANSFERIT DES D'UN ALTRE CENTRE SANITARI

No (passar a següent apartat) Si → Centre: _____

Data d'ingrés o contacte amb aquest centre: _____

Mesures d'aïllament del malalt: No Desc Si → Dates: Inici: _____ Final: _____

Ha necessitat ventilació assistida: Si No Desc

EVOLUCIÓ: (en el moment de la notificació): Sense complicacions Amb complicacions

Defunció Data: _____ Malaltia resp. no explicada com a causa de mort: Si No Desc

Autòpsia realitzada: Si ↓ No Desc

Signes anatomopatològics de SDR sense causa identificable: Si No Desc

ANTECEDENTS D'EXPOSICIÓ:

Contacte - abans d'iniciar símptomes- amb cas de SARS simptomàtic: Si ↓ No Desc

Tipus de contacte: Personal sanitari Pacient ingressat

Convivent Altres →

Lloc de contacte: Centre sanitari → Nom de centre: _____

Domicili Altres →

País: _____ Ciutat: _____

Data primer contacte: _____ Data darrer contacte: _____

Tipus de fluids corporal amb què ha contactat: Secrecions resp. Orina Femta Altres →

ANTECEDENTS DE VIATGES:

Durant els 10 dies abans del començament dels símptomes, ¿ha viatjat el cas?: Si ↓ No Desc

Lloc 1: _____ Data arribada a 1 → _____ Data sortida → _____

Lloc 2: _____ Data arribada a 2 → _____ Data sortida → _____

Lloc 3: _____ Data arribada a 3 → _____ Data sortida → _____

Data d'entrada a Espanya → _____ País procedència → _____

INVESTIGACIÓ DE CONTACTES:

Iniciada investigació de contactes: Si No Desc

Ha desenvolupat signes compatibles amb SARS cap contacte: Si No Desc

Referència dels contactes que han desenvolupat símptomes (núm. de cas o altres dades): _____

OBSERVACIONS