

**PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "DENGUE" (adaptat a RENAVE)**

*(NR=no realitzat, pte=pendent; des=desconegut; pos=positiva, neg=negativa; CNM: Centre Nacional de Microbiologia; CA:Comunitat Autònoma)*

**No emplenar:** Data recepció  Set  Cas subnotificat? no  si  →Font   
**No emplenar:** Tipus de cas: Sospitós  Probable  Confirmat  Pendent

**DADES DEL DECLARANT**

Metge que declara el cas:  Data de declaració:   
 Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

**DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT**

CIP:  NHClínica:   
 Nom  Llinatge 1  Llinatge 2   
 Data naixement:  Edat:  anys  mesos (< de 2 anys) Home  Dona   
 Domicili (habitual):  Telèfon:   
 Localitat / municipi:  País:  Professió/ocupació:   
 Lloc de feina/escola/curs/aula:  Telèfon:   
 Estranger: Si  No  Des  Turista: Si  No  Des  Nacionalitat/país procedència:   
 Data arribada a CAIB:  **Dades completes allotjament** →   
 Data sortida  (adreça, hotel, núm. habitació, zona,...) →   
 Persona de contacte per control vectorial → Afectat  Altres → (identificació nominal)   
 Telèfons

**DADES DE LA MALALTIA**

Data inici símptomes  És una data estimada?: Si  No  Des   

	Des	No	Si		Des	No	Si
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embassament serós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor retroorbitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatomegàlia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorràgia mucoses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vòmits persistents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petèquies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova torniquet +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteració consciència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xoc hipovolèmic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorràgia important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallada MO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓"altres símptomes" i "complicacions"↓

Ingrés hospitalari: No  Si  → Data  → hospital i servei →   
 → Data alta

Evolució: Pte  Curació  Des  Defunció  →Data

**LABORATORI**

Mostres amb resultat positiu Pte  Cap resultat positiu  Sèrum  Sang  LCR   
 Proves amb resultat positiu Pte  Cap prova positiva  IgM  IgG   
 Aïllament\*  →Data resultat →  A.nucleic\*  →Data resultat →   
 Ag detecció\*  →Data resultat →  Seroconversió\*  →Data resultat →   
 \*Proves de confirmació Confirmat per laboratori Pte  No  Si

S'envien mostres al CNM No  Si  →

↓Tipus mostra↓	↓Núm. Identificador de mostra↓	↓AI laboratori d'origen↓	↓AI CNM↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DADES EPIDEMIOLÒGIQUES**

**Mecanisme Transmissió probable:** Vector  Transfusions,hemoderivats,transplantament  Mare-fill (nونات)  Laboratori

**Viatge** durant el per. d' incubació (14 dies) Des  No  Si  →País  C. Autònoma   
**Dates:** arribada  sortida  Província  Municipi

Altres Llocs durant el Període d'incubació↓	Dates		Llocs durant el Període de virèmia↓	Dates	
	↓arribada↓	↓sortida↓		↓arribada↓	↓sortida↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cas associat a brot No  Si  → núm.:

**Tipus de Cas:** Autòcton  ↓Importat o Extracomunitari↓  →CA o País adquisició   
**Perfil:** Immigrant estranger  Immigrant espanyol  Turista →resident a →Balears  a altres CA  a altres països   
 Treballador temporal  Cooperant  Visita familiar/amics(VFR,s)  Altres

**CATEGORIZACIÓ DEL CAS**

Categoria diagnòstica: Dengue "greu"  Dengue "no greu"   
**No emplenar** Complex: criteri clínic Si  No  Criteri epidemiològic Si  No  Criteri de laboratori De cas probable   
 De cas confirmat  No

**OBSERVACIONS**