

**PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ de FEBRE TIFOIDE I PARATIFOIDE**

**DADES DEL DECLARANT**

Metge que declara el cas:

Lloc de feina (centre, unitat,...):

Data de declaració: / /

Cas notificat numèricament a la setmana que va acabar dia:

**DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT:** Cas: Autòcton  Importat  → comunitat autònoma o país:

Nom i llinatges:

NHClínica:

Data de naixement: / /

Edat: .....anys .....mesos (a menors de 2 anys)

Gènere: Home  Dona

Domicili:

Telèfon:

Localitat i municipi:

Professió:

Lloc de feina/escola i aula:

Nacionalitat:

**DADES CLÍNiques:** Data d'inici de símptmes: / / És una data estimada?: Si  No

Derivat a: Ingress hospitalari: No  Si  → Data i lloc: / /

Evolució: Desconeguda  Recuperació  Defunció  → Data: / /

	Si	No	Desc		Si	No	Desc
Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esplenomegàlia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malestar general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bradicàrdia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Altres símptomes: No  Desc  Si  → especificar –los:

Complicacions: No  Desc  Si  → especificar –les:

**DADES DE LABORATORI:** S'han demanat proves?: no  desc  si  Laboratori:

Hemocultiu: Pos  Neg  NR  Pendent  Data petició: / /

Coprocultiu: Pos  Neg  NR  Pendent  Data petició: / /

*Salmonella* aïllada: *S. typhi*  *S. paratyphi A*  *S. paratyphi B*

(NR=Prova no realitzada)

**PROVES AMBIENTALS (AIGUA O ALIMENTS):**

No Realitzades  Realitzades  → Especificar tipus de mostra, Data i lloc de recollida, resultats i laboratori.

**DADES EPIDEMIOLÒGIQUES** Tipus de cas: Sospitós  Confirmat  Pendent

Es un cas associat a un brot? Si  → Num. de brot: No  Desconegut

---

**Consignar les següents exposicions (si l'espai no és suficient, utilitzau l'apartat OBSERVACIONS)**  
(Període a tenir en compte per a les exposicions: 4 setmanes)

Assisteix o treballa a alguna escola o institució tancada?

No  Desc  Si  → especificar-la:

Contacte familiar amb nins, residents o treballadors d'aquestes institucions?

No  Desc  Si  → especificar:

Ha viatjat a l'estranger?:

No  Desc  Si  → especificar lloc i dates:

Treballa en contacte amb aliments?

No  Desc  Si  → especificar lloc:

Consum habitual d'aigua de (No conegut ):

Xarxa  Font  Pou  Cisterna  Altres  → especificar:

Ha consumit aigua sospitosa o de procedència no habitual?

No  Desc  Si  → especificar lloc i dates:

Ha consumit gel o begudes refrescants?

No  Desc  Si  → especificar lloc i dates:

Ha tengut contacte amb aigües residuals o altre material fecal?

No  Desc  Si  → especificar lloc i dates:

Ha consumit verdura crua? :

No  Desc  Si  → especificar lloc compra o consum:

Ha consumit marisc cru? :

No  Desc  Si  → especificar lloc compra o consum:

Ha consumit qualche altre aliment sospitós? :

No  Desc  Si  → especificar tipus, lloc compra o consum:

Ha tengut contacte amb cap altre malalt?

No  Desc  Si  → Tipus de contacte:

---

Ha estat vacunat contra la malaltia No  Desc  Si  ↓

Num. Dosis:                      Data darrera dosi:    /    /

Tipus de vacuna:

---

**OBSERVACIONS:**