

## FULL DE NOTIFICACIÓ DE SHIGEL-LOSI

Revisió 2026. Servei de Vigilància en Salut Pública - Remetre a [vigilancia@dgsanita.caib.es](mailto:vigilancia@dgsanita.caib.es)

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació

- Sospitós  
 Probable  
 Confirmat

Criteri clínic  
Criteri epidemiològic  
Criteri de laboratori

Sí No

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Associat a un brot  Sí  No

Identificador del brot

### DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

### DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

Sí No Desconegut

Estranger

  

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

Turista

  

### DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

### DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

**Prova (marcar les de resultat positiu):** Detecció àcid nucleic  Aïllament

**Resultats de proves de sensibilitat antimicrobiana**

**Mostra (marcar les de resultat positiu)**

|                          | S                        | I                        | R                        | CMI (mg/L)           | Halo (mm)            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Amoxicil·lina/Clavulànic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ampicil·lina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cefotaxima               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ceftazidima              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ciprofloxacina           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Azitromicina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cotrimoxazole            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tetraciclina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

S- Sensible dosificació estàndard.  
I- Sensible exposició augmentada.  
R- Resistent.  
CMI- Concentració mínima inibitòria.

Líquid articular  LCR   
Líquid peritoneal  Sang   
Biòpsia intestinal  Femta   
Orina

### DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Ocupació de risc

**Exposició (marcar les principals)**

Consum aliment contaminat  Transmissió homosexual   
Consum aigua contaminada  Transmissió heterosexual   
Aigües recreatives  Transmissió sexual no especificada   
Materials contaminats  Desconeguda   
Contacte amb malalt o portador

### OBSERVACIONS