

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE RUBÈOLA

Data d'arribada a la Conselleria: / / Set.Núm.: És un cas subnotificat? Sí No

DADES DEL DECLARANT

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

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP NHClínica:
 Nom i llinatges:
 Data naixement: Edat: anys mesos (< de 2 anys) Home Dona
 Domicili: Telèfons
 Localitat i municipi: Professiò:
 Lloc de feina/escola/curs/aula: Telèfon:
 Estranger: Sí No Desc Turista: Sí No Desc Nacionalitat/país procedència:
 Data arribada a Balears: Dades allotjament (hotel, zona,...)

DADES CLÍNQUES

Data d'inici de símptomes:

És una data estimada?: Sí No

Sí No Desc	Sí No Desc	Sí No Desc	↓Especificar altres símptomes o complicacions↓
Rash <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artràlgia/artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conjuntivitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Febre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Limfadenopatia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Malestar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ingrés hospitalari: No Sí → Data: hospital i servei:
 Data alta hosp. Evolució: Pendent Curació Seqüeles Desc Defunció →Data:

LABORATORI

(NR=No realitzat; Pend =Pendent)

S'han demanat proves?: Sí No Desc

Serologia Títol IgM Data presa Pend NR
 Títols IgG: Títol 1= Data presa Pend NR
 Títol 2= Data presa Pend NR

PCR

Exsudat Faringi Positiu <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>	Laboratori <input type="text"/>	Pend <input type="checkbox"/>	Negatiu <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Orina Positiu <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>	Laboratori <input type="text"/>	Pend <input type="checkbox"/>	Negatiu <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

Aïllament virus:

Exsudat Faringi Positiu <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>	Laboratori <input type="text"/>	Pend <input type="checkbox"/>	Negatiu <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Orina Positiu <input type="checkbox"/>	Data <input type="text"/>	Laboratori <input type="text"/>	Pend <input type="checkbox"/>	Negatiu <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

Altres proves positives

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Classificació epidemiològica Associat a brot →num de brot:
 Autòcton Importat o Extracomunitari →CA o País adquisició:

Classificació del cas: Confirmat per laboratori Probable
 Pendent de classificar Descartat →Diagnòstic:

Tipus epidemiològic Cas índex Cas secundari Desc Pendent Cas prevenible Sí No Desc

VACUNACIÓ CONTRA LA RUBÈOLA

Nre. de dosi rebudes: Dades de vacunació documentades? Sí No

	Data	Lot
Primera dosi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segona dosi	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tercera dosi	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estat vacunal: No vacunat (cap dosi) Vacunació completa
 Vacunació incompleta Estat vacunal no conegut

ANTECEDENTS

Immunodeficiència Sí No Desc Tract.immunosupresor Sí No Desc Malnutrició Sí No Desc

OBSERVACIONS (incloure altres antecedents, dades de casos associats, etc.)

