

No emplenar= Data recepció Sem: És un cas subnotificat? No Sí →Font:

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:
 Lloc de feina ((detallar centre, servei, unitat) 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 Professió:
 Lloc de feina/escola/curs/aula Telèfon
 Estranger: Sí No Des Turista: Sí No Des Nacionalitat/país procedència
 Data arribada a Balears: Dades allotjament (hotel, zona,...)

DADES CLÍNIQUES

Data inici símptomes És una data estimada?: Sí No

| | Des | No | Sí | | Sí | No | Des |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Durada en dies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos paroxística | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → Durada en dies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estridor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Apnea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | Vòmits | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Cianosi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Símptomes catarrals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Complicacions | Sí | No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Pneumònia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Atacs focals general. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Encefalopatia aguda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ingrés hospitalari: No Sí → Data: → hospital i servei:
 Data alta hosp. **Evolució:** Pte Curació Des Defunció → Data:

LABORATORI

| | NR | pte | pos | neg | Data resultat |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Aïllament microbiològic | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| PCR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Detecció Ac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Seroconversió | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Marcar tipus de mostra amb resultat positiu o pendent
 Exsudat nasofaríngic Sèrum Altres:

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Classificació epidemiològica
 Cas aïllat Associat a brot → num de brot:
 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 Treballador temporal Altres
Classificació del cas: Confirmat per laboratori Probable (criteris clínics i vincle amb un cas confirmat)
 Sospitós (només criteris clínics) Pendent de classificar
Tipus epidemiològic Cas primari Cas secundari Des Pendent Cas prevenible Sí No Desc
 És el cas índex? Sí No Pendent
 Vinculat a cas confirmat Des Pendent No Sí Vincle →

VACUNACIÓ CONTRA TOS FERINA

Estat vacunal No vacunat (cap dosi) Estat vacunal no conegut Vacunació completa per l'edat → Nre. de dosi rebudes
 Data darrera dosi Vacunació incompleta → Nre. de dosi rebudes

Si el cas té menys de 6 mesos → Identificació nominal de la mare →
 Vacunada de TF durant l'embaràs? Des No Sí → Data
 → Setmanes de gestació en el moment de la vacunació

| | | | | | |
|--------------------|-------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| No emplenar | Complex criteri clínic | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | Complex criteri epidemiològic | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| | Complex criteri de laboratori | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

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