

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE XARAMPIÓ (Adaptat de RENAVE)		(CA: Comunitat Autònoma; NR=no realitzat, pte=pendent; des=desconegut, CNM: Centre Nacional de Microbiologia)			
No emplenar= Data recepció	Sem:	És un cas subnotificat?	No	Si	→Font:
Num cas CNE					

DADES DEL DECLARANT

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

DADES DEL MALALT

CIP _____ NHClínica _____
 Nom _____ Llinatge 1 _____ Llinatge 2 _____
 Data naixement _____ Edat _____ anys _____ mesos (< de 2 anys) Home Dona
 Domicili _____ Telèfon _____
 Localitat i municipi _____ Professi3 _____
 Lloc de feina/escola/curs/aula _____ Telèfon _____
 Estranger Si No Des Turista Si No Des Nacionalitat/país procedència _____
 Data arribada a Balears _____ Dades allotjament (hotel, zona,...) _____

DADES CLÍNIQUES

Data inici símptomes _____ És una data estimada?: Si No
 Data inici exantema → _____ Marcar altres → Tos Coriza Conjuntivitis Otitis Pneum3nia Encefalitis
 Data inici febre → _____ Diarrea Laringotraqueobronq. Altres complicacions → _____

Ingrés hospitalari: No Si → Data: _____ →hospital i servei: _____
 Data alta hosp. _____ Evoluci3: Pte Curaci3 _____ Des Defunci3 _____ →Data: _____

LABORATORI

Data de primer resultat de confirmaci3 de laboratori → _____ S'envien mostres al CNM? Si No
 NR pte pos neg ↓Data presa mostra ↓Data resultat ↓Especificar laboratori ↓

Ig M específica xarampi3						
Ig G seroconversi3						
PCR orina						
Cultiu orina						
PCR exsudat nasofaringi						
Cultiu exsudat nasofaringi						

Genotipat realitzat Pte No Si → Resultat= _____

DADES EPIDEMIOL3GIQUES

Rebuda alguna dosi de vacuna? Des No Si → Nre. de dosi rebudes _____ → Data darrera dosi _____
 Cas prevenible? Des No Si

Contacte (en el 7-18 dies anteriors a l'inici de l'exantema) amb cas CONFIRMAT per laboratori: ↓Si ↓ No

Identificaci3 del cas → _____
 Data o dates de contacte → _____
 Lloc del contacte (especificar el m3xim possible) → _____
 Detallar tipus de vincle (familiar, laboral, etc.) → _____

Àmbit d'exposici3 (probable o confirmat)

Domicili Escola Escola infantil Altres àmbits docents Hospital
 Centre de Salut Altres centres sanitaris Mitjà de transport Altres → _____
 Àmbit no identificat Identificaci3 /detalls de l'àmbit → _____

Tipus: Cas aïllat Associat a brot →num de brot: _____ →Cas primari Cas secundari Des Pte
 →Cas índex Si No Des Pte

Tipus: Cas secundari a cas importat Aut3cton ↓Importat o Extracomunitari ↓ →CA o País adquisici3: _____
 Immigrant estranger Immigrant espanyol Treballador temporal Cooperant
 Turista resident a →Balears →a altres CA →a altres països
 Altres → _____

Es un cas de "xarampi3 vacunal"? Si No Pendent

Classificaci3 del cas:

Sospit3s Probable Confirmat
 Pendent de classificar Descartat →diagn3stic final → Cap agent identificat Adenovirus
 Rub3ola Enterovirus Parvovirus B19
 Altres → _____

OBSERVACIONS