

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "MALALIA MENINGOCÒCCICA" (adaptat a RENAVE)

(NR=no realitzat, pt=pendent; desc=desconegut; pos=positiva, neg=negativa; CNM: Centre Nacional de Microbiologia; CA:Comunitat Autònoma)

No emplenar: Data recepció Set Cas subnotificat? no si →Font
No emplenar: Tipus de cas: Sospitos Probable Confirmat Pendent

DADES DEL DECLARANT

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

DADES DEL MALALT

Nom Llinatge 1 CIP NHClínica
 Data naixement Edat anys mesos (< de 2 anys) Home Dona

Domicili Telèfon
 Localitat i municipi Professió
 Lloc de feina/escola/curs/aula Telèfon

Estranger Si No Desc Turista Si No Desc Nacionalitat/país procedència
 Data arribada a Balears Dades allotjament (hotel, zona,...)

DADES CLÍNQUES

Data d'inici símptomes És una data estimada? Si No

Símptomes: Febre Rigidesa nuca Vòmits Petèquies
 Púrpura Mal de cap Altres→ **Forma clínica:** sèpsia meningitis
 altres→

Ingrés hospitalari: No Si → Data, hospital i servei
 Data alta hospitalària
 Evolució: Pendent Curació Seqüeles Desc Defunció →Data

LABORATORI

Proves **bioquímiques** compatibles: Si No Pendent Desc Data diagnòstic de **confirmació**

Proves etiològiques	NR	PT	Neg	Pos	Tipus mostra
Visualització Gram -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Detecció d'antigen	<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"/>
Cultiu Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cultiu LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Altres proves etiològiques positives <input type="text"/>					

Identificació de **neissèria**: Si No PT Desc
Serogrup: PT Desc B C
 A W135 Y X Z
 Z/29E Altres →especificar

Genotip

Enviades mostres al CNM: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> →	Núm. Identificador de mostra		
	↓Tipus mostra↓	↓Al laboratori d'origen↓	↓Al CNM↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Tipus de cas: 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 Visita familiar/amics(VFR,s) Altres

Tipus de cas: cas aïllat associat a brot →num. agregació
Contacte previ amb cas confirmat: Si No Desc **Tipus de cas:** Primari Coprimari Secundari Desc

Vacunació: Completa Incompleta Data darrera dosi Num dosi No vacunat Desc
 Tipus vacuna: No procedeix Desc Polisacàrida Conjugada Marca comercial

Realitzada quimioprofilaxis a convivents?: Si →N. de persones: No PT No procedeix
 Realitzada quimioprofilaxis a centre escolar o centre treball?: Si →N. de persones: No PT No procedeix
 Realitzada vacunació a convivents?: Si →N. de persones: No PT No procedeix
 Realitzada vacunació a centre escolar o centre treball?: Si →N. de persones: No PT No procedeix

OBSERVACIONS