

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE ENFERMEDAD VIRUS WEST-NILE

(no emplenar) Data notificació al nivell nacional N. cas a Balears CA Balears
 (no emplenar) Tipus de cas: Probable Confirmat Descartat Pendent

DADES DECLARANT

Data en què s'envia aquesta notificació
 Nom i llinatges
 Centre de treball Unitat/servei Tfn.

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP: NHClínica:
 Nom llinatge1 llinatge2
 Data naixement: Edat: anys mesos (< de 2 anys) Home Dona
 Domicili: Telèfon:
 Localitat i municipi: Professi6:
 Lloc de feina/escola/curs/aula: Telèfon:
 Nacionalitat/país procedència:

DADES CLÍNiques

Data diagn6stic:
 Data d'inici símptomes: És una data estimada? Si No

Ingrés hospitalari: No Si → Data, hospital i servei:
 Data alta hospitalària:

Evolució: Pendent Curació Seqüeles Desc Defunció →Data:

FORMA CLÍNICA

	Sí	No	Desc	Febre <input type="text"/> °C
Encefalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exantema Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc <input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paràlisi Flàccida Aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	↓Altres símptomes↓ <input type="text"/>
Síndrome de Guillain Barré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DADES DE LABORATORI

Dates: De presa de mostra de diagn6stic de laboratori
 Agent confirmat: SI NO
 Mostres positives: sang Sèrum LCR Cap mostra positiva
 Proves positives: Detecció A. nuclèic Detecció Ac Ag detecció
 Aïllament Seroconversió Ac Ac IgM
 S'envia mostra al CNM Si No
 Identificador de la mostra: Al laboratori que la tramet Al CNM

DADES EPIDEMIOLÒGiques

Tipus de cas: Autòcton Importat o Extracomunitari → País o CA
 Tipus de cas: associat a brot →num cas aïllat agregació

Ocupació de risc

Treballador sanitari Treballador de laboratori
 Manipulador d' animals Mediambiental:aigua Mediambiental animal
Exposició Contacte amb vector Transfusions o hemoderivats, hemodiàlisi, trasplantament, etc
 Ocupacional →especificar: Altres:

Àmbit/lloc d'exposició

Viatges durant el període d'incubació No Si →Lloc
 Data arribada Data sortida

ANTECEDENTS DE VACUNACIÓ

	Desc	No	Si	Data
Febre groga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Encefalitis Japonesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Encefalitis per paparres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONS: