

**PROTOCOLO DE NOTIFICACIÓN ANTE UN CASO EN INVESTIGACIÓN O CONFIRMADO DE INFECCIÓN POR NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A(H7N9) VERSIÓN 19/02/2014**

Este protocolo, una vez cumplimentado, se ha de remitir según el documento "Procediments" (www.epidemiologia.caib.es / "Notificació MDO").

No cumplimentar: N° de identificador

Año (aa)

N° Caso

**DATOS DECLARANTE**

Fecha notificación:

Nombre y apellidos:

Centro de Trabajo y Unidad:

**INFORMACIÓN DEL CASO**

Nombre y apellidos

Fecha de Nacimiento:

Sexo: Hombre

Mujer

Desc

País residencia

¿Pertenece a una agregación de casos?:

Si

No

Desc

N° de agregación (No cumplimentar):

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

Fecha inicio síntomas:

Si No Desc

Fiebre: °C

Tos

Neumonía

Sd Distress Resp. Agudo

Otros cuadros respiratorios graves

Fallo renal agudo

Si No Desc

Especificar otros síntomas/signos clínicos graves

Especificar Patología o Enfermedad de base

Ingreso Hospitalario

No

Desc

Si

Fecha ingreso

Fecha alta

Ingreso UCI

No

Desc

Si

Fecha ingreso

Fecha alta

Fallecido

No

Desc

Si

Fecha

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (Antecedentes riesgo 10 días previos a inicio síntomas)**

**1.- Estancia fuera de España:**

Si↓

No

Desc

| País | Provincia | Fecha entrada | Fecha salida |
|------|-----------|---------------|--------------|
|      |           |               |              |
|      |           |               |              |
|      |           |               |              |

Fecha regreso a España

Contacto (fuera de España) con un caso confirmado

Si↓

No

Desc

Tipo de contacto:

Personal sanitario

Conviviente

Especificar Otro

Fecha de contacto:

Identificar con detalle el lugar de contacto↓

↓Detallar Contacto (fuera de España) con animales (mercados o granjas de aves vivas, otros contactos con animales) ↓

**2.- Contacto (en España) con un caso confirmado**

Si↓

No

Desc

Tipo de contacto:

Personal sanitario

Conviviente

→Especificar

Fecha de contacto:

Comunidad Autónoma de contacto

Ciudad de contacto

Identificar con detalle el tipo y lugar de contacto↓

**DATOS DE LABORATORIO**

Muestras enviadas al Centro Nacional de Microbiología

Tipo de muestras

Si No

Fecha envío

Fecha resultado

Muestra/s Respiratorias

Muestra/s de suero

**CLASIFICACION DEL CASO**

Caso sospechoso en investigación

Caso descartado

Caso confirmado

→Pruebas usadas para confirmación

**OBSERVACIONES**