

**PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "FEBRE TIFOIDE-PARATIFOIDEA" (adaptat a RENAVE)**

(NR=no realitzat, pte=pending; des=desconegut; pos=positiva, neg=negativa; CA:Comunitat Autònoma)

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

**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  Professió   
 Lloc de feina/escola/curs/aula  Telèfon   
 Estranger Des  No  Sí  → Nacionalitat  →Data arribada a Balears   
 Turista Des  No  Sí  → País procedència  →Data arribada a Balears   
 Dades allotjament (hotel, zona,...)

**DADES CLÍNQUES**

Data d'inici símptomes  És una data estimada?: Sí  No   
 Ingrés hospitalari: No  Sí  →Hospital i servei:   
 Cefalea: Sí  No  Des  Bradicàrdia: Sí  No  Des  Tos seca: Sí  No  Des   
 Diarrea y/o constipació y/o malestar y/o dolor abdominal Sí  No  Des  Defunció: No  Sí  →Data:

**DADES DE LABORATORI (proves de confirmació)**

Data de diagnòstic de laboratori (confirmació)

	NR	Pte	Neg	Pos		NR	Pte	Neg	Pos		NR	Pte	Neg	Pos
Coprocultiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cultiu liq. articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cultiu liq. peritoneal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemocultiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biòpsia intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cultiu orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cultiu LCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altres proves positives	<input type="text"/>								

Agent identificat Cap  Typhi  Parathyfi  Parathyfi A  Parathyfi B  Parathyfi C  Pendent

**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.

El cas és **manipulador d'aliments** per consum públic No  Sí  →identificació lloc→

Ha rebut alguna dosi **vacunal**? Des  No  Sí  Tipus→ Atenuada  Inactivada  Desconegut   
 → Núm. De dosi  Data darrera dosi

Ha tingut el pacient **contacte** amb un cas confirmat? No  Sí, sexual  Sí, domiciliari, familiar (no sexual)  Sí, altres

Exposició a **aliment** sospitós/confirmat No  Sí  →Tipus **comercialització** → Industrial  Artesanal  No comercialitzat   
 →Àmbit d'exposició → Escola/escoleta  Restaurant  Geriàtric  Campament   
 Centre penitenciari  Altres→

→Especificar **aliment**→ Marisc o similars  Llet/lactis de →cabra  ovella  vaca   
 Fruita  Vegetals  Aigua→embotellada  Abastament comunitari  Abastament individual   
 Aigua sense sistema d'abastament  Altres (detallar) →

→**Agent causal** identificat a aliment Cap  Typhi  Parathyfi  Parathyfi A   
 Parathyfi B  Parathyfi C

**OBSERVACIONS**