

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE TUBERCULOSI

(adaptat a RENAVE)

(Revisió 09/09/2022)

No emplenar

Data recepció

Setmana

Tipus de cas

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

Data de declaració

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP

NHC

Professió

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Home Dona

Domicili

Data naixement

Edat

mesos (si < 2 anys)

Localitat i municipi

Telèfon

Estranger: Sí No Desconegut

Nacionalitat/país procedència

Data o any arribada a Balears

Dades allotjament (hotel, zona,...)

Turista: Sí No Desconegut

(Per casos <15 anys) País d'origen dels pares

Data arribada a Balears

Tipus de cas: Cas autòcton

Importat o extracomunitari

Comunitat autònoma o país adquisició

Perfil

DADES CLÍNiques i EPIDEMIOLOGIQUES

Primària

Secundària

Data inici símptomes

Tipus de cas:

Aïllat

Associat a brot

Num. brot

Ingrés hospitalari

Data d'ingrés, Hospital i Servei

Data alta hospitalària

TBC prèvia

Any

Tractament

Compliment

Factors de risc: VIH Enolisme UDVP

Àmbit d'exposició

Especificar

Situació laboral

Marcar una situació de risc

PROVES DIAGNÒSTIQUES

Data diagnòstic de confirmació de laboratori

Mantoux (mm)

Mantoux no realitzat

PCR

Histologia (granulomes)

mostra de:

Rx tòrax

Microscopia esput

Microscopia (altres)

mostra de:

Aïllament del germen

Cultiu esput

Cultiu (altres)

mostra de:

TRACTAMENT

Desconegut

No

Sí

Inicia tractament específic?:

Data inici

Iniciat TDO?

Unitat/Centre responsable

Pauta de tractament:

2RHZ+4RH

2RHZE+4RH

Altres (detallar)

Desconegut

(H) Isoniacida, (Z) Pirazinamida, (E) Etambutol, (R) Rifampicina

Resultat FINAL del seguiment

*Data defunció

**Altres (especificar)

Realitzades proves susceptibilitat antimicrobians

Sí

No

Isoniazida

Pirazinamida

Etambutol

Rifampicina

Estreptomicina

Moxifloxacino

Amikacina

Kanamicina

Ciprofloxacino

Gatifloxacino

Ofloxacina

Capreomicina

Etionamida

Levofloxacino

Altres

INFORMACIÓ SOBRE CONTACTES

El cas és un contacte de malalt conegut amb TB?

No

Sí

Se li va indicar Quimioprofilaxi?

Sí

No

Desconegut

Informació sobre contactes del cas que es notifica:

Num. de convivents:

Identificar malalt:

Num. de contactes alta prioritat*

Indicat estudi de contactes? Sí

No

Informació no coneguda

*CAP: "Contactes d'alta prioritat". Nins <5 anys, pacients immunodeprimits i en el context d'una microepidèmia contactes fins a l'edat adolescent o adults joves, per ser susceptibles de desenvolupar una TB greu i ràpidament progressiva. Convivents; parella sexual; contacte continuat i estret >6 h/dia (exemple: mateixa aula a l'àmbit docent, determinats àmbits laborals, etc.)

Especificar dades de contactes identificats

CODIS per GCC (Grau de Convivència/Contacte): 1=diari >6 hores, 2=diari >6 hores, 3=mínim: una vegada a la setmana, 4= esporàdic

NOM i LLINATGES

EDAT GCC TELÈFON

RELACIÓ AMB EL CAS / CENTRE DE SEGUIMENT

Observacions: