

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "MALALTIA PER VIRUS CHIKUNGUNYA" (adaptat a RENAVE; Actualitzat 09/12/2019)

(NR=no realitzat, pte=pendent; des=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: Sospitós Probable Confirmat Pendent Descartat

DADES DEL DECLARANT

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

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP: NHClínica:
 Nom Llinatge 1 Llinatge 2
 Data naixement: Edat: anys mesos (< de 2 anys) Home Dona
 Domicili (habitual): Telèfon:
 Localitat / municipi: País: Professió/ocupació:
 Lloc de feina/escola/curs/aula: Telèfon:
 Estranger: Si No Des Turista: Si No Des Nacionalitat/país procedència:
 Data arribada a CAIB: **Dades completes allotjament** →
 Data sortida: (adreça, hotel, núm. habitació, zona,...): →
 Persona de contacte per control vectorial → Afectat Altres → (identificació nominal)
 Telèfons

DADES DE LA MALALTIA

Data inici símptomes És una data estimada?: Si No Des

	Des	No	Si		Des	No	Si		Des	No	Si
Febre >=37,7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trombocitopènia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artràlgia intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucopènia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anorèxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augment transaminases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Complicacions →	<input type="text"/>		

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

Evolució: Pte Curació Des Defunció →Data →

DADES DE LABORATORI

Mostres amb resultat positiu Pte Cap resultat positiu Sèrum Sang LCR

Altres mostres →
 *Aïllament del virus Pte NR Neg Pos → Data resultat pos. →
 *Detecció Acid Nucleic Pte NR Neg Pos → Data resultat pos. →
 *Seroconversió o Augment títol (4 vegades) Pte NR Neg Pos → Data resultat pos. →
 *IgM confirmada per neutralització Pte NR Neg Pos → Data resultat pos. →
 IgM no confirmada per neutralització Pte NR Neg Pos → Data resultat pos. →
 *Proves de confirmació Marcar si s'envien mostres al CNM →

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Mecanisme transmissió Vector Vertical mare-fill Transfusió Trasplantament
 Altres →

(especificar país, CA, municipi etc.)	↓Dates estada↓			↓Dates estada↓		
	↓Llocs en el Per. d' incubació (14 dies)↓	↓arribada↓	↓sortida↓	↓Llocs durant el Període de virèmia↓	↓arribada↓	↓sortida↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cas associat a brot No Si → núm.
Tipus de Cas: Autòcton ↓ Importat o Extracomunitari ↓ → CA o País adquisició →
Perfil: Immigrant estranger Immigrant espanyol Treballador temporal Cooperant
 Visita familiar/amics (VFR,s) Turista → resident a → Balears → a altres CA → a altres països
 Altres →

CATEGORIZACIÓ DEL CAS

No emplenar Compleix: criteri clínic → Si No
 Compleix: criteri epidemiològic de → Area endèmica Presència de vectors Area amb casos probables o confirmats
 Compleix: criteri de laboratori → No De cas probable De cas confirmat

OBSERVACIONS