

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE "PALUDISME" (adaptat a RENAVE; Actualitzat 16/12/2019)

(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: 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: Profesió/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,...): →

DADES DE LA MALALTIA

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

	Des	No	Si		Des	No	Si		Des	No	Si
Febre o antecedent de febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nàusees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esplenomegàlia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calfreds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatomegàlia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudoració	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encefalopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anèmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Evolució: Pte Curació Des Defunció →Data→

DADES DE LABORATORI

Detecció Acid Nucleic	Pte	<input type="checkbox"/>	NR	<input type="checkbox"/>	Neg	<input type="checkbox"/>	Pos	<input type="checkbox"/>	→	Data resultat pos.	→	<input type="text"/>
Detecció Antigen	Pte	<input type="checkbox"/>	NR	<input type="checkbox"/>	Neg	<input type="checkbox"/>	Pos	<input type="checkbox"/>	→	Data resultat pos.	→	<input type="text"/>
Visualització	Pte	<input type="checkbox"/>	NR	<input type="checkbox"/>	Neg	<input type="checkbox"/>	Pos	<input type="checkbox"/>	→	Data resultat pos.	→	<input type="text"/>

Marcar si s'envien mostres al CNM →

Marcar tots els agents identificats Cap Pte falciparun ovale vivax malariae knowlesi spp

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Transmissió → Vector Vertical mare-fill Associat a atenció sanitària Iatrogènia

Viatge a país endèmic durant el P. d'incubació No Si →País
 →Data arribada →Data sortida
 →Va fer quimioprofilaxi ↓ Sí completa Sí incompleta
 No Desc

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

Marcar una opció= Cas nou Recidiva

No emplenar Complex: criteri clínic → Si No
No emplenar Complex: criteri epidemiològic → Si No
No emplenar Complex: criteri de laboratori → Si No

OBSERVACIONS