

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE BRUCELOSI

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:

Lloc de feina (centre, unitat,...):
declaració: / /

Data de

Cas notificat numèricament a la setmana que va acabar dia:

Data d'arribada a la Conselleria: / / Sem.Num.: És un cas subnotificat?: Sí No

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT Cas: Autòcton Importat → comunitat autònoma o país:

Nom i llinatges: NHClínica:.....

Data de naixement: / / Edat: anys Gènere: Home Dona

Domicili:..... Telèfon:

Localitat i municipi: Professi6:

Lloc de feina:.....

DADES CLÍNQUES Data d'inici de símptomes: / / És una data estimada?: Sí No

Derivat a: Ingress hospitalari: No Sí → Data i lloc: / /

Evolució: Recuperació Desconeguda Defunció → Data: / /

* ¿Diagn6stic de Brucel.losi anterior?: Sí → Data: / / No Desc

Símptomes (marcar): Febre Mal de cap Mialgia Artràlgia Altres →

Complicacions: No Desc Sí (Especificar):.....

LABORATORI	¿S'han demanat proves?:	1.si <input type="checkbox"/>	2.no <input type="checkbox"/>	3. desc. <input type="checkbox"/>	Neg	NR	Pend	Data petició
Serologia	Pos <input type="checkbox"/>	Tècnica:	Títol:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seroconversió	<input type="checkbox"/>	Mostra 1: Títol:	Data: / /		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Mostra 2: Títol:	Data: / /					
Hemocultiu	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cultiu líquid sinovial	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cultius altres líquids	<input type="checkbox"/>	a mostra de:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aïllament: 1. Sí Data / / Espècia aïllada:..... 2. No 3. Pendent

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES Tipus de cas: 1.-Sospitos 2.- Confirmat 3.-Pendent

Cas associat a brot: Sí → Número de brot:..... No Desc

1) Antecedents animals:

* Antec. contactes animals sospitosos: Sí (Especi animal:.....) No Desc No proc.

Tipus de contacte: Animal viu Aborts, envoltures fetals, ... Neteja païsses Accident vacunal

Sang, canals, vísceres. Laboratori Altres (especificar) :.....

Desc. No procedeix

* Ramada vacunada: Sí No Desc. No procedeix

* Antecedents d'avortaments a la ramada: Sí No Desc. No procedeix

* Reposició de ramad d'altres explotacions: Sí No Desc. No procedeix

2) Contacte productes laboratori: Sí No Desc. No procedeix

3) Consum aliments sospitosos: No Desc. No procedeix

Sí Aliment:..... Artesanal Propi Comercial

Lloc i data compra:.....

OBSERVACIONS (Especificar-si cal- explotació/ons involucrada/es i ubicació)

