

No emplenueu

Data de recepció

Setmana

Classificació

☐ Sospitos

☐ Probable

☐ Confirmat

Criteri clínic

Criteri epidemiològic

Criteri de laboratori

Sí

No

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Associat a un brot

☐ Sí

☐ No

Identificador del brot

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

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

DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

Sí

No

Desconegut

Estranger

☐

☐

☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

Turista

☐

☐

☐

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Marcau les manifestacion clíniques

Meningitis

☐

Sèpsia

☐

Bacterièmia

☐

Artritis sèptica

☐

Pneumònia bacterièmica

☐

Endocarditis

☐

Pericarditis

☐

Peritonitis

☐

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

Prova

Detecció àcid nucleic

☐

Detecció antigen

☐

Aïllament

☐

Mostra (resultat positiu)

Sang

☐

LCR

☐

Líq. articular

☐

Líq. pleural

☐

Líq. peritoneal

☐

Líq. cardíac

☐

Resultats de proves de sensibilitat antimicrobiana

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)	
Penicil·lina	☐	☐	☐			Cefotaxima /ceftriaxona	☐	☐	☐		
Levofloxacina	☐	☐	☐			Rifampicina	☐	☐	☐		
Moxifloxacina	☐	☐	☐			Eritromicina	☐	☐	☐		
Vancomicina	☐	☐	☐			Trimetoprim /sulfamet.	☐	☐	☐		
Linezolid	☐	☐	☐								

S- Sensible dosificació estàndard.

I- Sensible exposició augmentada.

R- Resistent.

CMI- Concentració mínima ihibitòria.

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Àmbit d'exposició

Factors predisponents personals

M. cardiovascular crònica

☐

M. pulmonar crònica

☐

M. renal crònica

☐

M. hepàtica crònica

☐

Diabetis mellitus

☐

Immunosupressió

☐

Implant coclear

☐

Asplènia

☐

Filtracions de LCR

☐

Deficiència immunitària per tractament immunosupressor

☐

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació documentada (darrera vacuna rebuda)

Núm. dosi

Data darrera dosi

OBSERVACIONS