

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació

☐ Sospitós

☐ Probable

☐ Confirmat

☐ Descartat

Criteri clínic

Criteri epidemiològic

Criteri de laboratori

Sí

No

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Casos no importats

Relacionat importat

Endèmic

Origen desconegut

☐

☐

☐

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

Data inici exantema

Manifestació clínica

Febre

☐

Adenopatia

☐

Artritis

☐

Artràlgia

☐

Exantema maculopapular

☐

Complicacions

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

Data ingrés UCI

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Agent causal

☐ Virus de la rubèola

Genotip

Nom OMS

RubeNS Distinct Sequence identifier

RubeNS Id.

Mostra (anàlisi genòmic)

Exsudat faringi

☐

Orina

☐

Laboratori (anàlisi genòmic)

Autonòmic

☐

CNM

☐

Estudiat xarampió?

Estudiats altres patògens?

Diagnòstic en cas descartat

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Data d'anada

Data de tornada

Àmbit d'exposició

Contacte amb un cas

Embaràs

Setmana de gestació en el diagnòstic

Setmana de gestació en el part

Evolució de l'embaràs

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació documentada

Núm. dosi

Data darrera dosi

OBSERVACIONS