

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació

☐ Sospitós

☐ 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...)

Tipus de servei clínic inicial

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

☐

☐

☐

Turista

☐

☐

☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

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

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Categoria diagnòstica

Localització del xancre

Anorectal/perianal

☐

Genital

☐

Orofaringia

☐

Altres localitzacions

☐

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció per la malaltia

Data de defunció

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

Motiu de la prova

Treponema pallidum

☐

Mostra (marcar les de resultat positiu)

Exsudat o teixit lesionat

☐

Sèrum

☐

Prova (marcar les de resultat positiu):

Detecció àcid nucleic

☐

Detecció anticossos

☐

Ig M

☐

Visualització

☐

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Resultat VIH

Usuari PrEP

Exposició

Factors predisponents

Usuari de prostitució

☐

Exerceix la prostitució

☐

Usuari de chemsex

☐

Parelles sexuals múltiples

☐

Malalties concurrents

Infecció per *Chlamydia trachomatis*

☐

Hepatitis A

☐

Herpes genital

☐

Limfogranuloma veneri

☐

Hepatitis B

☐

Pediculosi

☐

*Molluscum contagiosum*

☐

Hepatitis C

☐

Escabiosi

☐

Condiloma acuminat

☐

Gonocòccia

☐

Mpox

☐

OBSERVACIONS

Indicau aquí situació d'embaràs