

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE CHIKUNGUNYA

(Revisió 10/01/2023)

No emplenar

Data recepció

Set

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas: Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...) Data de declaració

DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT

CIP NHC Home Dona
Nom Llinatge 1 Llinatge 2
Domicili Data naixement Edat mesos (si < 2 anys)
Localitat i municipi País Telèfon Profesió/Ocupació
Estranger: Turista: Nacionalitat/país procedència Data o any arribada a Balears

Dades completes allotjament a Balears (adresa, hotel, núm. habitació, zona,...)
Persona de contacte per control vectorial: Altre* Identificació nominal: Telèfon:

DADES DE LA MALALTIA

Data inici símptomes
Desconegut No Sí
Febre >=37,5
Artràlgia
Conjuntivitis
Cefalea
Desconegut No Sí
Miàlgia
Lumbàlgia
Anorèxia
Erupció cutània
Desconegut No Sí
Trombocitopènia
Leucopènia
Augment transaminases
Complicacions
Ingrés hospitalari No Sí Data ingrés Hospital i Servei Data alta
Evolució Data defunció

LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori Mostra principal amb resultat positiu Altres
Resultats de proves
Aïllament del virus Seroconversió o augment títol (4 vegades) Ig M en mostra simple
Detecció àcid Nucleic Ig M confirmada per neutralització

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Mecanisme de transmissió Altres
(especificar país, CA, municipi, etc.)
Llocs en el període d'incubació (14 dies) Dates estada arribada sortida Llocs en el període de virèmia Dates estada arribada sortida
Tipus de cas Cas autòcton Importat o extracomunitari Comunitat autònoma o país adquisició Associat a brot No Sí Num. brot
Perfil Altres

NO EMPLENAR

CATEGORIZACIÓ DEL CAS
Complex criteri clínic
Sí No
Complex criteri epidemiològic de:
Cas associat a àrea endèmica
Cas associat a àrea no endèmica amb presència de vectors
Cas associat a àrea amb cassos probables o confirmats
Complex criteri de laboratori
No
De cas probable
De cas confirmat
Classificació del cas
Sospitós
Probable
Confirmat
Pendent
Descartat

Observacions