

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ
DE
MALALTIA INVASORA PER PNEUMOCOC

(Revisió 04/08/2023)

No emplenar

Data recepció

Setmana

Tipus de cas: **Confirmat**

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
Nom Llinatge 1 Llinatge 2 Home Dona
Domicili Data naixement Edat mesos (si < 2 anys)
Localitat i municipi País Telèfon ProfessiÓ/Ocupació
Estranger: Turista: Nacionalitat/país procedència Data arribada a Balears
Dades completes allotjament a Balears (adreça, hotel, núm. habitació, zona,...)

Tipus de cas: Cas autòcton Importat o extracomunitari Comunitat autònoma o país adquisició Perfil

DADES CLÍNQUES

Data inici símptomes Forma clínica: *Altres:
Ingrés hospitalari No Sí ⇒ Data ingrés Hospital i Servei
Evolució: *Data defunció

LABORATORI

Data de primer resultat de confirmació de laboratori
Mostra Aïllament ADN Antígen
Sang
LCR
Pleura
Articular
Pericardi
Peritoneal
Altra mostra estèril
Serotipus: NO identificat
Pendent
Identificat
↓
Especificar serotipus

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Tipus de cas: Aïllat Associat a brot ⇒ Num. brot

Factors de Risc

Malaltia cardiovascular Malaltia renal crònica Immunosupressió
Malaltia respiratòria crònica Asplènia Diabetes mellitus
Malaltia hepàtica crònica Implant coclear Filtracions LCR

Ha estat vacunat?

No Desconegut Sí ⇒ Data darrera dosi Nombre de dosi
⇒ Tipus de Vacuna

OBSERVACIONS