

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE LEISHMANIOSI
 (Revisió 11/09/2023)

No emplenar

Data recepció

Setmana

Tipus de cas:

Probable

Confirmat

Pendent

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,...)

DADES CLÍNQUES

Data diagnòstic o sospita clínica

Data inici símptomes

Símptomes

Febre

Pèrdua de pes

Esplenomegàlia

Data

Hospital i Servei

Ingrés hospitalari

No

Sí

⇒

*Data defunció

Forma clínica:

Evolució:

LABORATORI

Data de primer resultat de confirmació de laboratori

PCR

Proves serològiques

Visualització

Aïllament

Espècie identificada

Altres (especificar)

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Cas autòcton

Importat o extracomunitari

⇒

Comunitat autònoma o país adquisició

Perfil

Tipus de cas

Aïllat

Associat a brot

⇒ Num. brot

Factors de Risc

Drogues per via parenteral

VIH

No

Desconegut

Sí

Immunodepressió

Transfusió

Transplantament

⇒ Data

Lloc

⇒ Data

Lloc

Factors ambientals a l'entorn del cas

Cans

Moscards

Granges/Ramaderia

Abocadors

Direcció o zona geogràfica amb més probabilitat de ser el lloc d'exposició

No identificable

Observacions