

Data d'arribada a la Conselleria: / / **Set.Núm.:** **És un cas subnotificat?:** Sí ☐ No ☐

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

Data arribada a Balears:	Dades allotjament (hotel, zona,...)
--------------------------	-------------------------------------

ingresos hosp.	alta hosp.	Defunció	→Data:

Exsudat Faringi	Positui		Data		Laboratori		Pend		Negatiu		NR	
Orina	Positui		Data		Laboratori		Pend		Negatiu		NR	

Exsudat Flegm:	Positivu	☐	Data	☐	Laboratori	☐	Pend	☐	Negativu	☐	NR	☐
Orina	Positivu	☐	Data	☐	Laboratori	☐	Pend	☐	Negativu	☐	NR	☐

<u>Altres proves positives</u>	
--------------------------------	--

Classificacio epidemiologica Associat a brot ☐ → num de brot:
Autòcton ☐ Importat o Extracomunitari ☐ → CA o País adquisició:

Classificació del cas:

Confirmat per laboratori	☐	Probable	☐	
Pendent de classificar	☐	Descartat	☐	→ Diagnòstic:

Tipus epidemiològic Cas primari Cas secundari Desc Pendent Cas prevenible Si No Desc

Cas índex: Si No pendent

Estat vacunal: No vacunat (cap dosi) ☐ Vacunació completa ☐
Vacunació incompleta ☐ Estat vacunal no conegut ☐

Immunodeficiència Si ☐ No ☐ Desc ☐ Tract.immunosupresor Si ☐ No ☐ Desc ☐ Malnutrició Si ☐ No ☐ Desc ☐