

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE XARAMPIÓ

(Revisió 11/05/2023)

No emplenar

Data recepció

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 Professió/Ocupació
Estranger: Turista: Nacionalitat/país procedència Data arribada a Balears

Dades completes allotjament a Balears (adresa, hotel, núm. habitació, zona,...)

DADES CLÍNiques

Data inici símptomes Altres símptomes Tos Coriza Otitis Pneumònia Altres complicacions
Data inici exantema Conjuntivitis Encefalitis
Data inici febre Laringotraqueobron. Diarrea Evolució: *Data defunció
Ingrés hospitalari No Sí Data ingrés Hospital i Servei Data alta

LABORATORI

Data de primer resultat de confirmació de laboratori
IgM específica de xarampió
IgG seroconversió
PCR orina
Cultiu orina
PCR exsudat nasofaringi
Cultiu exsudat nasofaringi
Genotipat realitzat: Resultat:

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Rebuda alguna dosi de vacuna? Nombre dosi rebudes Data darrera dosi
Contacte (en el 7-18 dies anteriors a l'inici de l'exantema) amb cas CONFIRMAT per laboratori: Sí No
Identificació del cas Data o dates de contacte
Lloc del contacte (especificar el màxim possible) Detallar tipus de vincle (familiar, laboral, etc.)
Àmbit d'exposició (probable o confirmat) Altres* Identificació/detalls de l'àmbit
Tipus de cas Associat a brot Num. brot Cas primari Cas secundari Cas índex
Cas secundari a cas importat Cas autòcton Importat o extracomunitari Comunitat autònoma o país adquisició
És un cas de "xarampió vacunal"? Classificació del cas Diagnòstic final *Altres diagnòstics

Observacions