

DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el brot:			
Lloc de feina:		Data de declaració:	
Servei/especialitat		Telèfon de contacte	Adreça electrònica

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES Bàsiques

Àmbit-col·lectiu / territori epidèmic

Illa		Municipi		Zona:	
Familiar/Domiliari	☐	Laboral	☐	Res. geriàtrica	☐
Hospital	☐	Centre penitenciari	☐	Escolar	☐
Bar / restaurant	☐	Exèrcit	☐	Poblacional	☐
Agrupació esportiva		☐		Hotel	☐
Desconegut		☐			
Altres àmbits o col·lectius		☐ →			

Especificar dades identificació de l'àmbit: Nom establiment, família, centre etc.):

Adreça:
 Telèfon:

Nombre de: Afectats:
 Concurrents:
 Ingressats:
 Defuncions:

Vehicle / mecanisme de transmissió (sospita)

Consum aliment	☐	Consum aigua	☐	Respiratori (persona-persona)	☐	Fecal-Oral	☐
Inoculació	☐	Inhalatori	☐	Altres	☐ →		
				No conegut ☐			

Dades que conegui sobre el vehicle i la transmissió

DADES CLINIQUES Bàsiques

Malaltia / Sd. Clínica:

Etiologia:
 Confirmació de laboratori: No ☐ Sí ☐ Pendent ☐

Síntomes:

Data inici símptomes del primer cas:

DADES Bàsiques de Laboratori (Mostres clíniques o ambientals)

Especificar proves sol·licitades, resultats definitius, resultats pendents, nom de laboratori, etc..

INFORMACIÓ SOBRE AFECTATS

Identificació nominal	Telèfon	Ingrés hospitalari	Hospital
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→
		No ☐ Sí ☐	→

ALTRES DADES D'INTERÈS / OBSERVACIONS