

PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE CHIKUNGUNYA

(Revisió 10/01/2023)

No emplenar

Data recepció

Set

DADES DEL DECLARANT

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

Data de declaració

Metge que declara el cas:

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 o any arribada a Balears

Dades completes allotjament a Balears

(adreça, hotel, núm. habitació, zona,...)

Persona de contacte per control vectorial:

Altres* Identificació nominal:

Telèfon:

DADES DE LA MALALTIA

Data inici símptomes

	Desconegut	No	Sí
Febre $\geq 37,5$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artràlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Desconegut	No	Sí
Miàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lumbàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorèxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupció cutània	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Desconegut	No	Sí
Trombocitopènia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucopènia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augment transaminases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicacions	<input type="text"/>		

Ingrés hospitalari

No

Sí

Data ingrés

Hospital i Servei

Data alta

Evolució

Data defunció

LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Data recepció a laboratori

Mostra principal amb resultat positiu

Altres

Resultats de proves

Aïllament del virus

Seroconversió o augment títol (4 vegades)

Ig M en mostra simple

Detecció àcid Nucleic

Ig M confirmada per neutralització

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Mecanisme de transmissió

Altres

(especificar país, CA, municipi, etc.)

Dates estada

Dates estada

Llocs en el període d'incubació (15 dies)

arribada

sortida

Llocs en el període de virèmia

arribada

sortida

Motiu estada

Motiu estada

Tipus de cas

Cas autòcton

Importat o extracomunitari

Comunitat autònoma o país adquisició

Associat a brot

No

Sí

Num. brot

Perfil

Altres

NO EMPLENAR**CATEGORITZACIÓ DEL CAS**

Compleix criteri clínic

Sí No

Compleix criteri epidemiològic de:

Cas associat a àrea endèmica Cas associat a àrea no endèmica amb presència de vectors Cas associat a àrea amb cassos probables o confirmats

Compleix criteri de laboratori

No De cas probable De cas confirmat **Classificació del cas**Sospitós Probable Confirmat Pendent Descartat **Observacions**