



No empleneu	Data de recepció	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	No	Cas importat	<input type="checkbox"/>	Sí	No	<input type="checkbox"/>
	Setmana	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Associat a un brot	<input type="checkbox"/>	Sí	No	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Confirmat				Identificador del brot	<input type="text"/>		

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Professional que declara el cas

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

DADES DEL PACIENT

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Edat

Telèfon de contacte

mesos (si < 2 anys)

Sexe: Dona Home

Domicili

Localitat i Municipi

Sí No Desconegut

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotj (hotel, zona, etc.)

Estranger

Turista

DADES CLÍNiques

Data d'inici de símptomes

Clínica:

Diarrea

Dolor abdominal

Timpanisme abdominal

Signes de malaabsorció

Hospitalització

Defunció

Sí No

Data de defunció, si escau

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Mostra
(marcau les proves amb resultat positiu)

Biopsia intestinal

Femta

Líquid duodenal

Agent causal
Giardia duodenalis

Prova

Visualització

Antígen

DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Exposició a aliments o aigua contaminada

Contacte amb un cas confirmat

Exposició mediambiental

Altres

Associat a brot:

Sí No

OBSERVACIONS