



<b>No empleneu</b>	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"/>	Probable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Associat a un brot	<input type="checkbox"/>	Sí	No	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	Confirmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificador del brot	<input type="text"/>			
					Criteri clínic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Criteri epidemiològic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
				Criteri de laboratori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**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	Localitat i Municipi	Telèfon de contacte	Llinatge 2
Data de naixement	Edat	mesos (si < 2 anys)	Sexe: Dona	Home	
Domicili	Localitat i Municipi				
Estranger	Sí No Desconegut	Nacionalitat/país de procedència	Data o any d'arribada a les Illes Balears	Dades d'allotj (hotel, zona, etc.)	
Turista					

**DADES CLÍNiques**

Data d'inici de símptomes	Clínica:	Complicacions:	Sí	No
	Diarrea	Hospitalització	Sí	No
	Febre	Defunció		
	Vòmits			
	Dolor abdominal			
				Data de defunció, si escau

**DADES DE LABORATORI**

<b>Data de diagnòstic de laboratori</b>	<b>Mostra</b> (marcau les proves amb resultat positiu)	
<b>Prova</b>	Biopsia intestinal	
<b>Aïllament</b>	Femta	
	LCR	
	Líquid articular	
	Líquid peritoneal	
	Orina	
	Sang	
<b>Agent causal</b>	<b>Enviament de la mostra al Laboratori de Referència Nacional</b>	SI NO
	<b>Associat a brot</b>	
	Sí No	
	Núm. identificació de la mostra:	

**OBSERVACIONS**