

Datos de identificación del enfermo

Apellidos:..... Nombre:.....  
Domicilio:..... N°:..... Piso:..... Teléfono:.....  
Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....  
Sexo: Hombre  Mujer  Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses  Años   
País de nacimiento: España  Otros  Especificar:..... Año de llegada a España:.....  
Pertenenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

Datos sobre ingreso hospitalario

Hospitalización: No  Si   
En caso afirmativo: Fecha de ingreso:...../...../..... Centro..... Servicio.....

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:...../...../.....  
Síntomas: Diarrea: Si  No  NC  Depositiones líquidas y riciformes: Si  No  NC   
Vómitos: Si  No  NC  Deshidratación: Si  No  NC   
Otros:.....

Complicaciones:.....

Tratamiento:.....

Evolución: Curación  Fallecimiento  Fecha:...../...../.....

Asociación a otros casos: Si  No

Datos de laboratorio

Cultivo realizado: No  Si  En caso afirmativo: Tipo de muestra: Heces  Vómito   
Identificación de *Vibrio cholerae* toxigénico: No  Si  Especificar serogrupo.....  
Fecha toma de muestras:...../...../..... Fecha de negativización:...../...../.....  
Detección de toxina: No  Si

Antecedentes de interés

Si el paciente trabaja como manipulador de alimentos, indicar dónde.....

Viaje reciente al extranjero: No  Si  En caso afirmativo: País:..... Fechas de estancia:...../...../.....  
País:..... Fechas de estancia:...../...../.....  
País:..... Fechas de estancia:...../...../.....

Consumo de verduras o frutas crudas (en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No  Si   
En caso afirmativo, ¿dónde lo compró o consumió?.....

Consumo de marisco crudo (en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No  Si   
En caso afirmativo, ¿dónde lo compró o consumió?.....

Consumo de agua no tratada o de la red pública que ha sufrido averías u otras incidencias (en los 5 días previos al inicio de los síntomas): No  Si   
En caso afirmativo especificar.....

Medidas adoptadas

Aislamiento entérico del paciente: No  Si  Quimioprofilaxis a contactos: No  Si

Clasificación del caso

Sospechoso  Probable  Confirmado  Importado  Autóctono

Datos del notificador

Nombre:.....  
Centro de Trabajo:.....  
Municipio:..... Área..... Teléfono..... Fecha de declaración...../...../.....