

Datos 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:
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Clasificación epidemiológica

Clasificación de caso: Esporádico Agrupación de casos Asociado
 Tipo de caso asociado: Primario Coprimario* Secundario*
 *(especificar filiación del caso primario)

Datos clínicos

Fecha de inicio de síntomas:/...../..... Ingreso en hospital: Si No
 Fecha de hospitalización:/...../..... Centro Hospitalario:
 Evolución: Curación Fecha de alta: / /
 Secuelas (al alta) Especificar
 Fallecimiento Fecha fallecimiento: / /
 Desconocida
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso? Si No No consta

Datos de laboratorio

Tipo de caso: Sospechoso/Probable Confirmado
 Patógeno: Enterovirus no polio Virus Coxsackie Virus Echo
 Virus parotiditis epidémica Virus Herpes simple Virus Varicela-zoster
 Virus Influenza Citomegalovirus Poliovirus
 Otros virus Especificar
 Técnica diagnóstica: Aislamiento PCR Serología
 Otras Especificar
 Tipo de muestra: LCR Sangre Otra Especificar

Estado vacunal

Vacunación frente a parotiditis: Si No No consta

Datos de la intervención

Intervención sobre el colectivo: Si No
 Tipo de intervención:

Datos de la notificación

Notificador:
 Centro de Trabajo: Teléfono:
 Municipio: Área: Distrito:
 Fuente de notificación: Clínico-asistencial Laboratorio C.M.B.D. Colectivo
 Particular Otras CC.AA. Otras fuentes Especificar
 Fecha de notificación: / / Semana:

Observaciones:
