



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

M A R Núm.

M. Malaltia A. Any R. Regió Núm. de fitxa

Fitxa epidemiològica. Cas de malaltia meningocòccica (MM) o de malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* (MIHI)

Dades del pacient

Cognoms i nom

Data de naixement	Sexe	Data d'inici dels símptomes	
	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona		
Domicili	Telèfon	Districte municipal	
Localitat	Província	Codi postal	
Pais d'origen	Si resideix a l'estranger especifiqueu-ne el país	Codi	

Dades del metge declarant

Cognoms i nom	Núm. de col·legiat	Data de la declaració urgent
Centre sanitari	Codi	Telèfon
Localitat	Província	Codi

Dades clíniques i diagnòstiques

Diagnòstic

1. Meningitis 2. Septicèmia 3. Altres. Especifiqueu-los
4. Meningitis + septicèmia 5. Epiglottitis 6. Pneumònia 7. Artritis

S'ha realitzat tractament antibiòtic previ al diagnòstic? 1. Sí 2. No

Data d'hospitalització	Hora d'hospitalització
Centre hospitalari	Codi

Microbiologia

	Tinció directa (Gram)	Cultiu
Líquid cefaloraquidi	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Sang	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Exsudats de lesions cutànies	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Altres mostres. Especifiqueu-les	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat

	PCR	Altres proves
Líquid cefaloraquidi	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Sang	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Exsudats de lesions cutànies	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat
Altres mostres. Especifiqueu-les	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no practicat

