



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

## Fitxa epidemiològica. Cas de parotiditis

### Dades del pacient

Cognoms i nom

Data de naixement

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

Domicili

Telèfon

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

Localitat

Comarca

Regió sanitària

Districte municipal

Nom, adreça i telèfon de l'escola, guarderia o lloc de treball

Activitats extraescolars o extraprofessionals  1. Sí  2. No  9. Nc

Nom, adreça i telèfon

1

2

3

4

### Dades clíniques

Data d'inici dels símptomes

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

Febre

1. Sí  2. No  9. Nc

Temperatura més alta     °C  
 (la més alta registrada)

Tumefacció paròtida  $\geq$  2 dies

1. Sí  2. No  9. Nc

Tumefacció d'altres glàndules salivars  $\geq$  2 dies

1. Sí  2. No  9. Nc

Orquitis

1. Sí  2. No  9. Nc

Meningitis

1. Sí  2. No  9. Nc

Encefalitis

1. Sí  2. No  9. Nc

Altres

1. Sí  2. No  9. Nc

Especifiqueu-les .....

Hospitalització

1. Sí  2. No  9. Nc

Nom de l'hospital .....

Dies d'hospitalització

Data d'alta hospitalària

### Dades de laboratori

IgM +

1. Sí  2. No  9. Nc

Seroconversió

1. Sí  2. No  9. Nc

Altres proves

1. Sí  2. No  9. Nc

Especifiqueu-ne el mètode .....

No s'ha fet cap prova

**Vacuna**

Ha rebut alguna dosi vacunal  1. Sí  2. No  9. Nc      Nombre de dosis rebudes  1  2

Data de la 1a dosi      Data de la 2a dosi      Si ha rebut més de 2 dosis, feu constar les dates de les administrades darrerament

    
              
              

Tipus de vacuna

Triple vírica       Antiparotídica

Motius per no haver rebut la vacuna

1. Creences personals       4. Certificat mèdic de malaltia prèvia       7. Altres  
 2. Contraindicació mèdica       5. Edat inferior a la de vacunació       9. Desconegut  
 3. Confirmació d'immunitat per laboratori       6. Haver nascut abans de 1978

**Dades epidemiològiques**

Cas esporàdic  1. Sí  2. No  9. Nc      Associat a un altre cas  1. Sí  2. No  9. Nc

Si hi està associat, especifiqueu-ne el tipus de relació:

1. Familiar       5. Militar       7. Presó       10. Altres. Especifiqueu-los  
 2. Llar d'infants       4. Centre sanitari       8. Viatge  
.....       3. Escola       6. Treball       9.

Desconegut

Nom, adreça i telèfon del lloc

de transmissió

**Activitats de control**

Revisió carnets vacunals  1. Sí  2. No  9. Nc      Nombre de carnets revisats     
Vacunes administrades als contactes  1. Sí  2. No  9. Nc      Nombre de vacunes administrades     
Altres  1. Sí  2. No  9. Nc      Especifiqueu-les.....  
No se n'han fet

**Evolució**

Curació  1. Sí  2. No  9. Nc

Mort  1. Sí  2. No  9. Nc      Data de defunció

**Observacions****Font de detecció**

1. MDO individualitzada       3. Tècnics de la secció d'epidemiologia  
 2. Altes hospitalàries

**Tipus de cas**

Prevenible       No prevenible

**Conclusió**

- Cas sospitós       Cas probable       Cas confirmat  
 Cas autòcton       Cas importat

**Dades de l'enquestador**

Cognoms i nom de l'enquestador

Telèfon

Data de tancament de la fitxa