



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

Fitxa epidemiològica. Cas de rubèola

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

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

Exantema maculopapular generalitzat d'inici agut 1. Sí 2. No 9. Nc

Febre 1. Sí 2. No 9. Nc

Artràlgies / artritis 1. Sí 2. No 9. Nc

Limfadenopatia 1. Sí 2. No 9. Nc

Conjuntivitis 1. Sí 2. No 9. Nc

Encefalitis 1. Sí 2. No 9. Nc

Trombocitopènia 1. Sí 2. No 9. Nc

Altres 1. Sí 2. No 9. Nc

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-les

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 Antirubeòlica

Motius per no haver rebut la vacuna

1. Creences personals 4. Certificat mèdic de malaltia prèvia 7. Nens, nascuts abans de 1978
 2. Contraindicació mèdica 5. Edat inferior a la de vacunació 8. Altres
 3. Confirmació d'immunitat per laboratori 6. Nenes, nascudes abans de 1969 9. Desconegut

Dades epidemiològiques

El cas és una embarassada 1. Sí 2. No 9. Nc

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 de 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

_____|_____|_____|_____|_____| _____|_____|_____|_____|

La zona ombrada l'emplenarà la Unitat d'Epidemiologia