



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

Fitxa epidemiològica. Cas de síndrome de rubèola congènita

Dades del pacient

Cognoms i nom		Data de naixement	
Domicili		Telèfon	
Localitat		Comarca	
Regió sanitària		Districte municipal	

Dades clíniques

Clínica

Cataractes	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Glaucoma congènit	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Malaltia congènita cardíaca	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	Especifiqueu-ho
Sordesa	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Retinopatia pigmentària	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Púrpura	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Esplenomegàlia	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Icterícia	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Hepatomegàlia	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Microcefàlia	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Retard mental	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Meningoencefalitis	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Malaltia òssia radiolúcida	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	
Altres	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 9. Nc	Especifiqueu-ho

Prematuritat	Edat en fer el diagnòstic	Data del diagnòstic	
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Nc			
Hospitalització	Data d'ingrés	Data d'alta	Hospital
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Nc			

Història materna Ocupació	Edat en el part	Nombre de fills nascuts vius

Serologia enfront de la rubèola abans de l'embaràs o de l'exposició

<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Nc	en cas afirmatiu, data	titulacions

Havia estat vacunada?

<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Nc	en cas afirmatiu, data

Durant l'embaràs ha patit alguna malaltia compatible amb la rubèola?

<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Nc	en cas afirmatiu, mes de gestació

Font d'exposició

<input type="checkbox"/> 1. Familiar	<input type="checkbox"/> 4. Treball	<input type="checkbox"/> 7. Centre sanitari	<input type="checkbox"/> 10. Altres. Especifiqueu-los
<input type="checkbox"/> 2. Llar d'infants	<input type="checkbox"/> 5. Presó	<input type="checkbox"/> 8. Militar
<input type="checkbox"/> 3. Escola	<input type="checkbox"/> 6. Viatge	<input type="checkbox"/> 9. Desconegut	

Nom, adreça i telèfon del lloc de transmissió

Dades de laboratori

Tipus de mostra

Data

Tipus de test

Resultat

Mare

Fill

Activitats de control

Ha estat en contacte estret amb algun nen/a que no està vacunat enfront de la malaltia, però que per edat i d'acord amb el calendari vigent hauria d'estar-ho?

1. Sí 2. No 9. Nc

Observacions

Font de detecció 1. MDO individualitzada 3. Tècnics de la secció d'epidemiologia 2. Aïtes 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 ombrejada l'emplenarà la Unitat d'Epidemiologia