



## Notificació individualitzada de malalties de declaració obligatòria

### Dades del pacient

Nom		Cognoms	
Data de naixement		Sexe	
_____		<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	
Adreça		CIP	
_____		_____	
Municipi		Telèfon	
_____		_____	
Província		Districte mpal.	
_____		_____	
Codi del país d'origen		Codi	
_____		_____	
Any d'arribada a l'Estat espanyol		Si resideix a l'estranger, especifiqueu-ne el país i el codi	
_____		_____	

### Dades relatives a la malaltia

Declaració del cas	Data d'inici dels símptomes
setmana núm. _____ de 20 _____	_____

Nom de la malaltia		
<input type="checkbox"/> 47 Amebosi	<input type="checkbox"/> 41 Hidatidosi	<input type="checkbox"/> 51 Rubèola congènita
<input type="checkbox"/> 53 Botulisme	<input type="checkbox"/> 46 Legionel·losi	<input type="checkbox"/> 06 Shigel·losi
<input type="checkbox"/> 01 Brucel·losi	<input type="checkbox"/> 15 Leishmaniosi	<input type="checkbox"/> 52 Sifilis congènita
<input type="checkbox"/> 02 Carboncle	<input type="checkbox"/> 16 Lepra	<input type="checkbox"/> 57 Síndrome hemolítica urèmica
<input type="checkbox"/> 04 Còlera	<input type="checkbox"/> 54 Malaltia invasiva per <i>Hæmophilus influenzae</i> b	<input type="checkbox"/> 40 Tètanus
<input type="checkbox"/> 05 Diftèria	<input type="checkbox"/> 18 Malaltia meningocòccica	<input type="checkbox"/> 55 Tètanus neonatal
<input type="checkbox"/> 28 Febre botonosa	<input type="checkbox"/> 50 Meningitis tuberculosa	<input type="checkbox"/> 27 Tifus exantemàtic
<input type="checkbox"/> 09 Febre groga	<input type="checkbox"/> 20 Paludisme	<input type="checkbox"/> 03 Tos ferina
<input type="checkbox"/> 12 Febre tifoide i paratifoide	<input type="checkbox"/> 21 Parotiditis	<input type="checkbox"/> 30 Triquinosi
<input type="checkbox"/> 56 Gastroenteritis per <i>Escherichia coli</i> O157:H7	<input type="checkbox"/> 22 Pesta	<input type="checkbox"/> 31 Tuberculosi pulmonar
<input type="checkbox"/> 48 Hepatitis A	<input type="checkbox"/> 23 Poliomièlitis	<input type="checkbox"/> 32 Altres tuberculosi (menys tuberculosi pulmonar i meningitis tuberculosa)
<input type="checkbox"/> 49 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> 24 Ràbia	<input type="checkbox"/> 35 Xarampió
<input type="checkbox"/> 14 Altres hepatitis víriques (menys A i B)	<input type="checkbox"/> 25 Rubèola	

La declaració es realitza a partir de
<input type="checkbox"/> sospita clínica <input type="checkbox"/> confirmació analítica

### Dades del metge declarant

Nom		Cognoms	
Núm. de col·legiat		Província de col·legiació	
_____		_____	
Telèfon			
_____			
Si declara el cap local de Sanitat, esmenteu-hi el municipi			
_____			
Si es declara des d'un centre sanitari, nom del centre		Codi	
_____		_____	
Municipi		Telèfon	
_____		_____	
Data de la declaració		Signatura	
_____		_____	

Informació d'ús estrictament confidencial