



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

M A R Núm.

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

**Fitxa epidemiològica. Cas de leishmaniosi**

**Dades del pacient**

Nom		Cognoms							
Data de naixement		Sexe							
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	
Adreça		Districte mpaí.	Codi postal						
Municipi		Província	Telèfon						
País d'origen		Si resideix a l'estranger, especifiqueu el país	Codi						
Data d'inici dels símptomes									
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>									

**Dades del metge declarant**

Nom		Cognoms		Núm. de col·legiat								
Centre sanitari		Codi		Telèfon								
Municipi		Província		Codi								
Data de la declaració		Setmana de la declaració										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>				

**Dades clíniques i diagnòstiques**

Data del diagnòstic	Hospitalització	Data de l'hospitalització	Centre hospitalari												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>							
Tipus de leishmaniosi	<input type="checkbox"/> 1. Visceral <input type="checkbox"/> 2. Cutània <input type="checkbox"/> 3. Mucocutània														

**Dades de laboratori**

Biòpsia	<input type="checkbox"/> 1. Positiu	<input type="checkbox"/> 2. Negatiu	<input type="checkbox"/> 9. NS/NC
Cultiu	<input type="checkbox"/> 1. Positiu	<input type="checkbox"/> 2. Negatiu	<input type="checkbox"/> 9. NS/NC
Serologia	<input type="checkbox"/> 1. Positiu	<input type="checkbox"/> 2. Negatiu	<input type="checkbox"/> 9. NS/NC
Especifiqueu la tècnica .....			

