



NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semana que finalizó el sábado de de 200

Semana

Año

1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos NIF

CIP

Fecha de nacimiento / / Edad Sexo: H M

Dirección Localidad CP Provincia

Tel.: Centro de trabajo o enseñanza Ocupación

2. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Descripción (marque una sólo enfermedad):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Botulismo ☎ | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea y paratifoidea | <input type="checkbox"/> Leptospirosis | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Brucelosis | <input type="checkbox"/> Giardiasis | <input type="checkbox"/> Listeriosis ☎ | <input type="checkbox"/> Sífilis congénita ☒ |
| <input type="checkbox"/> Campilobacteriosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Meningitis vírica | <input type="checkbox"/> Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ☒ |
| <input type="checkbox"/> Carbunco | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Otras enf. de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Síndrome de rubéola congénita ☒ |
| <input type="checkbox"/> Cólera ☎ | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Otras meningitis bacterianas | <input type="checkbox"/> Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) ☎ |
| <input type="checkbox"/> Criptosporidiosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis víricas (otras) | <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Difteria ☎ | <input type="checkbox"/> Hidatidosis ☒ | <input type="checkbox"/> Parálisis flácida aguda en menores de 15 años ☎ | <input type="checkbox"/> Tétanos neonatal ☒ |
| <input type="checkbox"/> Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas ☒ | <input type="checkbox"/> Infección gonocócica | <input type="checkbox"/> Parotiditis ☎ | <input type="checkbox"/> Tifus exantemático ☎ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme | <input type="checkbox"/> Infecciones por <i>Chlamydia</i> | <input type="checkbox"/> Peste ☎ | <input type="checkbox"/> Tos ferina ☎ |
| <input type="checkbox"/> Enf. invasora por <i>H. influenzae</i> tipo b ☎ | <input type="checkbox"/> Infección por <i>E. coli</i> enterohemorrágico ☎ | <input type="checkbox"/> Poliomielitis ☎ | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis |
| <input type="checkbox"/> Enf. invasora por <i>S. pneumoniae</i> | <input type="checkbox"/> Infección por VIH ☒ | <input type="checkbox"/> Rabia ☎ | <input type="checkbox"/> Triquinosis ☎ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad meningocócica ☎ | <input type="checkbox"/> Infecciones humanas por virus de la gripe aviar H5N1 (u otros subtipos) ☎ | <input type="checkbox"/> Rubéola ☎ | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (cualquier localización) ☒ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla ☎ | <input type="checkbox"/> Leishmaniasis | <input type="checkbox"/> Salmonelosis de transmisión alimentaria (excepto por <i>S. typhi</i> y <i>S. paratyphi</i>) | <input type="checkbox"/> Tularemia |
| <input type="checkbox"/> Fiebre exantemática mediterránea | <input type="checkbox"/> Legionelosis | <input type="checkbox"/> Sarampión ☎ | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Fiebres hemorrágicas virales ☎ | <input type="checkbox"/> Lepra ☒ | <input type="checkbox"/> Shigelosis | <input type="checkbox"/> Yersiniosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre recurrente por garrapatas | | | <input type="checkbox"/> Brotes epidémicos de cualquier etiología ☎ |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Q | | | |
- ☎ Notificación urgente Notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos ☒ Notificación por sistemas especiales

Fecha de inicio de síntomas / /

Tipo de presentación: Aislada Asociada a un brote epidémico

Caso derivado a Hospitalizado Sí No

Tipo de diagnóstico: Sospecha clínica Confirmación analítica

Pruebas de laboratorio solicitadas

Estado vacunal (si se trata de una EDO prevenible por vacunación): Completa Incompleta No vacunado No consta

Número de dosis Fecha de la última dosis / /

OBSERVACIONES:

3. MÉDICO DECLARANTE

Nombre y apellidos CIAS:

Centro Sanitario Municipio Provincia

Fecha

Firma



NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Semana que finalizó el sábado de de 200

Semana [][]

Año [][][][]

1. DATOS PERSONALES

Form fields for personal data: Name and surnames, NIF, CIP, Date of birth, Age, Sex, Address, Locality, CP, Province, Tel., Center of work or teaching, Occupation.

2. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Description (mark only one disease): Grid of diseases with checkboxes. Includes Botulismo, Brucelosis, Campilobacteriosis, etc. Legend for notification types.

Additional data fields: Date of onset, Type of presentation, Type of diagnosis, Vaccination status, and Observations.

3. MÉDICO DECLARANTE

Form fields for the reporting doctor: Name and surnames, CIAS, Center Sanitario, Municipio, Provincia.

Fecha

Firma