

Datos del enfermo

Apellidos: Nombre:
Domicilio: N°: Piso: Teléfono:
Municipio: Código postal: Área: Distrito: Zona Básica:
Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:/...../..... Edad: Meses Años
País de nacimiento: España Otros Especificar: Año de llegada a España:
Pertenenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):

Datos clínicos

Fecha de inicio de los primeros síntomas:/...../.....
Sintomatología:
.....
Localización anatómica: Tonsilar Faríngea Laríngea/Traqueal Nasal No respiratoria
Severidad clínica: Leve Moderada Severa Asintomática
Complicaciones (especificar) y comentarios:
Ingreso en hospital: No Si Fecha de hospitalización: / /
Centro: Servicio:
Evolución: Recuperación Fallecimiento Desconocido Fecha:/...../.....

Datos de laboratorio

Tipo de muestra recogida:
Cultivo: Positivo Tipo: *Mitis* Toxigenicidad: No toxigénico
Negativo *Intermedius* Toxigénico
No realizado *Gravis*
No tipado
Otras pruebas, (especificar)

Tratamiento

Antibióticos: No Si → Dosis/día, duración Fecha / /
Antitoxina: No Si → Total dosis Fecha / /

Otros datos epidemiológicos

Tipo de caso: Sospechoso Probable Confirmado
Importado Autóctono
¿Ha recibido vacuna frente a difteria?
No Si → Tipo de vacuna:
Nº Dosis recibidas Fechas aproximadas: / /
..... / /
..... / /
..... / /
Ultima dosis recibida Fecha: / /
Presenta documento de vacunación: No Si
¿Ha realizado un viaje recientemente?
No Si ¿Dónde? (País) Fecha de regreso: / /
Personas con las que ha contactado en los últimos 7 días:

Datos del notificador

Nombre:
Centro de Trabajo:
Municipio: Área Teléfono Fecha de declaración / /