

# **AITORPEN INDIBIDUALEKO ORRIA**

## **HOJA DECLARACIÓN INDIVIDUAL**

**AITORPEN INDIBIDUALEKO ORRIA / HOJA DE DECLARACIÓN INDIVIDUAL**

**I. GAIKOAREN DATU PERTSONALAK / DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA ENFERMA**

*Inform. konfidentziala / Inform. confidencial*

Abizenak / Apellidos .....

Izena / Nombre ..... OTI zk / N.º TIS ..... Tfnoa. / Tfno. ....

Sexua / Sexo: Gizon / Hombre  Emak. / Mujer  Jaioteguna / Fecha de nacimiento .....

Helbidea / Dirección ..... KALEA / CALLE ..... ZK / N.º ..... PK. / C.P. ..... UDALERRIA / MUNICIPIO ..... LURRALDE HISTORIKOA / TERRITORIO HISTÓRICO .....

Jatorrizko herrialdea / País de origen ..... Iriste-data / Fecha llegada .....

Lantokia edo ikastetxea / Centro de trabajo o enseñanza .....

**II. GAIKOTASUNARI BURUZKO DATUAK / DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD**

Azpimarratu aitortu beharreko gaixotasuna / Subraye la enfermedad que corresponda:

Parotiditisa / Parotiditis	Tetanosa / Tétanos	Gaix. neumokoziko inbaditzailea Enf. neumocócica invasiva
Kukutxetzula / Tosferina	Sukar tifo-paratifikoa / Fiebre tifo-paratífica	H. influenzae-k erag. gaix. inbaditzailea Enf. invasiva por Haemophilus influenzae
A Hepatitisa / Hepatitis A	Legenarra / Lepra	Gaix. estreptokoziko inbaditzailea Enf estreptocócica invasiva
B Hepatitisa / Hepatitis B	Q Sukarra / Fiebre Q	Kolera / Cólera
C Hepatitisa / Hepatitis C	Leishmaniasia / Leishmaniasis	Sukar horia / Fiebre amarilla
Bruzelusia / Brucelosis	Karbunkoa / Carbunco	Izurria / Peste
E. coli berotoxigenikoak erag. inf Infecc. por E. coli verotoxigénico	Hidatidosis / Hidatidosis	Difteria / Difteria
Listeriosia / Listeriosis	Sortzetiko toxoplasmosia / Toxoplasmosis congénita	Poliomielitisa / Poliomieltis
Kaparrek kutsatutako entzefalitisa Encefalitis transmitida por garrapatas	Tularemia / Tularemia	Amorrúa / Rabia
Kaparrek kutsatutako sukarr errepikaria Fiebre recurrente transm. por garrapatas	Sortzetiko sifilisa / Sífilis congénita	Elgorria / Sarampión
Chikungunya birusak erag. gaix. Enf. por virus Chikungunya	Leptospirosia / Leptospirosis	Errubeola / Rubéola
Dengea / Dengue	Mediterraneoko sukarr exantematikoa Fiebre exantemática mediterránea	Gripea, birus azpitalde berriagatik Gripe con nuevo subtipo de virus
Disenteria (Shigella) / Disentería	Sortzetiko errubeola / Rubéola congénita	SARS / SARS
Tuberkulosia (atzealdean bete) Tuberculosis (rellenar al dorso)	Botulismoa / Botulismo	Nilo Mendebaldeko sukarr / Fiebre del Nilo Occidental
Legionellosia / Legionelosis	Trikinosia / Triquinosis	Sukarr hemorragiko birukoak / Fiebres hemorrágicas víricas
Paludismoa / Paludismo	Gaixotasun meningokozikoa / Enfermedad meningocócica	Nafarrera / Viruela
Lyme gaixotasuna / Enfermedad de Lyme	<b>Gorritz idatzitako gaixotasunak berehala jakinarazi behar dira</b> <b>Las enfermedades en rojo deberán ser comunicadas de forma urgente</b>	

Lehenengo sintomak agertu direneko data / Fecha de inicio primeros síntomas: ..... Tratamenduaren data / Fecha del tratamiento: .....

ERA KLINIKOA / FORMA CLÍNICA .....

DIAGNOSTIKO-MOTA / TIPO DE DIAGNÓSTICO:      Susmagarria /  Sospechoso      Daitekeena /  Probable      Baieztatua /  Confirmado

DIAGNOSI METODOAK / MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO .....

ERAGILE ETIOLOGIKOA / AGENTE ETIOLÓGICO .....

ARRISKU-FAKTOREAK / FACTORES DE RIESGO .....

AITORTUTAKO GAIKOTASUNARI BURUZKO TXERTAKETA-EGOERA / ESTADO VACUNAL RESPECTO A LA ENFERMEDAD DECLARADA:      Osatua  Completada      Ez-osatua  Incompleta      Txertatu gabea  No vacunado/a      Ez da agertzen  No consta

AGERPEN-MODUA / TIPO DE PRESENTACIÓN:      Kasu isolatua  Caso aislado      Agerraldi epidemiko batilotutako kasua  Caso asociado a un brote epidémico

KONTAKTUEN - AZTERKETA / ESTUDIOS DE CONTACTOS:      Egina  Realizado      Ez egina  No realizado      Ez da Behar  No precisa

OHARRAK / OBSERVACIONES .....

**III. MEDIKU AITORTZAILEA / MÉDICO O MÉDICA DECLARANTE**

Osasun zentroa / Centro sanitario: .....  
*IZEN-ABIZENAK / NOMBRE Y APELLIDOS*

Data / Fecha: .....

Zentru kodea / Código centro:

Lanpostuaren OTI kodea / Código TIS de la plaza:

Koleg. zk. / Colegiado/a nº:

Sinadura / Firma

<b>KASUAREN SAILKAPENA</b> <b>CLASIFICACIÓN DEL CASO</b>	Susmagarria Sospechoso <input type="checkbox"/>	Daitekeena Probable <input type="checkbox"/>	Baieztaua Confirmado <input type="checkbox"/>	Puja bati lotua Asociado a brote <input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--

<b>Sailkapenerako irizpidea:</b> <b>Criterio Clasificación:</b>	Klinikoa Clinico	Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>	Epidemiologikoa Epidemiológico	Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>	Laborategikoa Laboratorio	Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>
--	---------------------	---	-----------------------------------	---	------------------------------	---

Tratamenduaren data / Fecha tratamiento: _____	Ospitaleratzea / Hospitalización: <input type="checkbox"/>	Bai / Si <input type="checkbox"/> Ez / No <input type="checkbox"/>
Kasu mota / Tipo de caso: <i>Hasierakoa</i> <input type="checkbox"/> <i>Aurretik tratatua</i> <input type="checkbox"/> <i>Data</i> _____	Tratamiento <i>bukatu zuen</i> <input type="checkbox"/>	Si / Bai <input type="checkbox"/> No / Ez <input type="checkbox"/>
Toraxeko Rx Rx tórax: <i>Normala</i> <input type="checkbox"/> <i>Hutsunedun ez ohikoa</i> <input type="checkbox"/>	<i>Hutsunerik gabeko ez ohikoa</i> <input type="checkbox"/>	<i>Egin gabe</i> <input type="checkbox"/> <i>Ezezaguna</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Anormal cavitada</i> <input type="checkbox"/>	<i>No realizada</i> <input type="checkbox"/> <i>Desconocido</i> <input type="checkbox"/>

**Kokapena / Localización**

Birikak / Pulmonar .....

Pleura / Pleural .....

Torax barneko sist. linfatikoa / Linfática intratorácica ..

Torax kanpoko sist. linfatikoa / Linfática extratorácica .

Sist. osteoartikularra / Osteoarticular .....

Meningeak / Meningea .....

NSZ (bestelakoak) / SNC otras .....

Sist. genitourinarioa / Genitourinaria .....

Liseri ap., peritonea / Digestiva, peritoneal .....

Barreiatua / Diseminada .....

Beste batzuk / Otras .....

	(+)	(-)	Egin gabe No hecho	Ezezag. Desc.	Emaitz. zain Pendiente
<b>Lagina: karkaxa / Muestra: esputo</b>					
BK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultiboa / Cultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beste laginen bat / Otras muestras:</b>					
<b>Zehaztu / Especificar</b>					
BK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultiboa / Cultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histologia / Histología	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostikorako beste froga batzuk, zehaztu:</b>	_____				
<b>Otras pruebas diagnósticas, especificar:</b>	_____				

**Anduiaren azterketa genetikoa / Estudio genético de la cepa:**

Egina / Realizado  Egin gabe / No realizado

**Antibiograma:**

Egina / Realizado  Egin gabe / No realizado  Ezezag. / Desc.

**Microorganismoaren isolamendua / Aislamiento del microorganismo:**

*M. tuberculosis*  Complejo *M. tuberculosis* taldekoa

*M. bovis*  Beste bat / Otro: \_\_\_\_\_

*M. africanum*

**Arrisku faktore edo egoerak / Factores o situaciones de riesgo**

Ez da a. faktorerik ezagutzen / No se conoce f. riesgo

Orainsuko kontaktua (2 urte lehenago) / Contacto reciente con caso (2 años antes)

GIB-HIES-a / VIH-SIDA

Alkoholismoa / Alcoholismo

DEBP / UDVP

Tabakismoa / Tabaquismo

Immunitatearen ezabatzailea den terapia edo gaixotasuna / Terapia o enfermedad inmunosupresora

Etxerik gabe azken urtean / Indigente en el último año

Kartzelan / En prisión

Erakunde itxietan bizi dena / Residente en instituciones cerradas

Bestelakoak. Zehaztu / Otras. Especificar: \_\_\_\_\_

**Farmakoei erresistentzia / Resistencias a fármacos**

	Bai / Si	Ez / No	Ezezag. Desc.
Isoniazida / Isoniazida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Errifanpizina / Rifampicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pirazinamida / Pirazinamida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etambutola / Etambutol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreptomizina / Estreptomizina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestelakoak / Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehaztu / Especificar _____			

**Tratamendua / Tratamiento**

Norberak hartutakoa  ZJT  Arduraduna \_\_\_\_\_

Autoadministrado  TDO  Responsable \_\_\_\_\_

**Hasierako jarraibidea / Pauta inicial:** **Jarraibide aldaketa / Cambio de pauta:**

1. jarraibidea / Pauta 1 (2HRZ+4HR) **Data / Fecha:** \_\_\_\_\_

2. jarraibidea / Pauta 2 (2HRZE+4HR)

3. jarraibidea / Pauta 3 (2HRZ+7HR) **Jarraibide berria / Nueva pauta:**

4. jarraibidea / Pauta 4 (2HRZE+7HR)

5. jarraibidea / Pauta 5 (18/24 m/h)

6. jarraibidea / Pauta 6 (12 m/h)

Arrazoia / Motivo: \_\_\_\_\_

Bestelakoak: zehaztu / Otras: indicar \_\_\_\_\_

**Txertaketa / Vacunación BCG:**

Bai / Si  **Data / Fecha:** \_\_\_\_\_

Ez / No  **Ezezag. / Desc.**

**Kontaktuen azterketa**  
**Estudio de contactos realizado:**

Bai / Si  **Ez dagokio**   
No indicado

Ez / No  **Ezinezkoa burutzea**   
Imposible realizar

GIB / VIH: (+)  (-)

Egin gabe / No realizado

<b>Tratamenduaren emaitza</b> <b>Resultado del tratamiento:</b>	<input type="checkbox"/> Sendatzea / Curación	<input type="checkbox"/> TB-agatiko heriotza Muerte por TB	<input type="checkbox"/> Etena edo bertan behera uztea Interrupción o abandono
Tratamenduaren bukaera data Fecha finalización tto.:	<input type="checkbox"/> Tratamendu osoa beteta Tratamiento completo	<input type="checkbox"/> Beste arrazoiengatiko heriotza Muerte por otras causas	<input type="checkbox"/> Lekualdatzea / Traslado
	<input type="checkbox"/> Galdua / Pérdida	<input type="checkbox"/> Porrot terapeutikoa Fracaso terapéutico	<input type="checkbox"/> Tratamendu luzea (zehaztu) Tratamiento prolongado (Especificar)