

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

IDENTIFICACIÓN DEL DECLARANTE

Nombre y Apellidos:.....

Unidad/Servicio:.....

URGENTES (< 24 horas, comunicar por teléfono y enviar

hoja de notificación a Preventiva)

- 8 a 15 h. a: Medicina Preventiva (Llamar al **716833**).
- 15 a 8 h. y no laboral llamar al teléfono de Alertas en Salud Pública (**902-220061**)
- Aparición súbita de riesgos que requieran intervención de los Servicios de Salud Pública
- Aparición de brotes epidémicos o agrupaciones inusuales
- Aspergilosis nosocomial
- Botulismo
- Brucelosis
- Cólera
- Difteria
- Enfermedad invasora por *Haemophilus Influenzae*
- Enfermedad meningocócica
- Enfermedad neumocócica invasora
- Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo
- Fiebre amarilla
- Enfermedad del Nilo Occidental
- Fiebres hemorrágicas víricas (Ebola, Marburg, Lassa...)
- Fiebre paratifoidea de transmisión alimentaria
- Fiebre tifoidea de transmisión alimentaria
- Gripe humana por un nuevo subtipo
- Hepatitis A de transmisión alimentaria
- Infección nosocomial por *Enterobacterias productoras de carpapenemasas (KPC)*
- Infección nosocomial por *Acinetobacter baumannii pan-resistente*
- Infección nosocomial por microorganismo reemergente o inusual
- Infección por *Escherichia coli* enteohemorrágica
- Legionelosis
- Listeriosis
- Meningitis bacteriana
- Meningitis infecciosa
- Meningitis vírica
- Parálisis flácida en menores de 15 años
- Peste
- Poliomielitis
- Rabia
- Reacción postvacunal grave
- Rubeola
- Rubeola congénita
- SARS
- Sarampión
- Tifus exantemático
- Triquinosis
- Turalemia
- Viruela

ORDINARIAS (Notificar en menos de 48 horas. Enviar declaración a Preventiva):

- Anisakiasis
- Aspergilosis comunitaria
- Carbunco
- Criptosporidiosis
- Dengue
- Encefalitis transmitida por garrapatas
- Encefalopatía Espongiforme Transmisible Humana
- Enfermedad de Lyme
- Fiebre exantemática mediterránea
- Fiebre paratifoidea
- Enfermedad por virus Chinkungunya
- Fiebre Q
- Fiebre recurrente por garrapatas
- Fiebre tifoidea
- Giardiasis
- Gripe
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Hepatitis vírica, otras
- Herpes genital
- Hidatidosis
- Infección genital por *Chlamydia trachomatis*
- Infección gonocócica
- Infección por VIH / SIDA
- Leishmaniasis
- Lepra
- Linfogranuloma venéreo
- Paludismo
- Parotiditis
- Shigellosis
- Sífilis
- Sífilis congénita
- Tétanos
- Tétanos neonatal
- Tos ferina
- Toxoplasmosis congénita
- Tuberculosis
- Varicela
- Yersiniosis

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

DATOS DEL ENFERMO

NUHSA N° de Hª Clínica.....

Apell.1º..... Apell.2º..... Nombre

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Sexo: [] masculino [] femenino

Ingreso en el hospital: Si/No. Fechas de ingreso y alta:.....

FACTORES DE RIESGO

.....

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas ____/____/____

Si no, fecha de 1ª consulta ____/____/____ o fecha de diagnóstico ____/____/____

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS realizadas específicas para el diagnóstico del caso.
Expresar el resultado de la forma más exacta posible.

Prueba1 Resultado1 Fecha1 ____/____/____

Prueba2 Resultado2 Fecha2 ____/____/____

Prueba3 Resultado3 Fecha3 ____/____/____

Si conoce el **MECANISMO DE TRANSMISIÓN** específico, descríballo, por favor:

.....

¿Se han detectado **OTROS CASOS conocidos** en entorno familiar, laboral, etc.?:

.....

ASISTENCIA A GUARDERIAS/COLEGIOS/INSTITUTOS.... En caso afirmativo, indicar nombre y dirección:

.....

OCUPACIÓN. Si sospecha que hay alguna relación entre la ocupación y la enfermedad, describa esta lo más exactamente posible:

.....

EN CASO DE EXTRANJEROS: País de origen.....

Años de estancia en España:.....