

FIȘĂ UNICĂ DE RAPORTARE CAZ DE BOALĂ TRANSMISIBILĂ

Pentru bolile marcate cu (T) se anunță telefonic imediat  
Toate fișele se trimit în termen de 5 zile prin: curier, poștă, fax

Date despre pacienți	<input type="checkbox"/>	(T) Poliomielită cu virus sălbatic
Numele și prenumele: .....	<input type="checkbox"/>	(T) Paralizie acută flască (PAF)
Adresa: .....	<input type="checkbox"/>	(T) Tetanos
..... (acoperă pentru duplicat I)	<input type="checkbox"/>	(T) Tetanos neonatal
	<input type="checkbox"/>	(T) Difterie
	<input type="checkbox"/>	(T) Rujeolă
	<input type="checkbox"/>	Rubeolă
	<input type="checkbox"/>	(T) Infecție rubeolică congenitală NN
Localitate de domiciliu: .....	<input type="checkbox"/>	(T) Gripă umană cauzată de un nou subtip
Localitate/țară de incubație: .....	<input type="checkbox"/>	Infecție cu Haemophilus infl. b.
Data nașterii (sau vârsta dacă nu se cunoaște D.N.): ____/____/____	<input type="checkbox"/>	Sifilis recent și congenital
Sex: ..... Ocupația: .....	<input type="checkbox"/>	Infecții gonococice
Locul de muncă/Colectivitatea: .....	<input type="checkbox"/>	Infecție HIV
	<input type="checkbox"/>	Infecție cu Chlamydia spp.
	<input type="checkbox"/>	Infecție genitală cu Herpes simplex
	<input type="checkbox"/>	Limfogranulomatoza veneriană
	<input type="checkbox"/>	Hepatita virală acută A
	<input type="checkbox"/>	Hepatita virală acută B
	<input type="checkbox"/>	Hepatita virală acută C
Date despre boală:	<input type="checkbox"/>	Alte hepatite virale acute
Data debutului bolii: ____/____/____	<input type="checkbox"/>	(T) Infecție cu E. coli
Data depistării: ____/____/____	<input type="checkbox"/>	Enterohemoragic (EHEC)
Internat: DA _____ NU _____	<input type="checkbox"/>	Campylobacterioze
	<input type="checkbox"/>	Yersinioze
	<input type="checkbox"/>	Cryptosporidiază
	<input type="checkbox"/>	Salmoneloză
	<input type="checkbox"/>	TIA (alte etiologii)
Deces: DA _____ NU _____	<input type="checkbox"/>	(T) Botulism
Data decesului: ____/____/____	<input type="checkbox"/>	Shigelloză (dizenterie bact.)
	<input type="checkbox"/>	Dizenterie amebiană
Cum a fost depistat: consult clinic _____	<input type="checkbox"/>	(T) Febră tifoidă și paratifoidă
contact _____ screening _____ alte _____	<input type="checkbox"/>	(T) Listerioză
Datele privind modalitatea confirmării cazului:	<input type="checkbox"/>	Trichinoză
Conform definiției clinice de caz:	<input type="checkbox"/>	(T) Leptospiroză
DA _____ NU _____	<input type="checkbox"/>	Toxoplasmoză
Conform diagnosticului etiologic:	<input type="checkbox"/>	Varianta transmisibilă CJ
DA _____ NU _____	<input type="checkbox"/>	Citomegalia acută
Data recoltării probei: ____/____/____	<input type="checkbox"/>	Infecții pneumococice
	<input type="checkbox"/>	(T) Boala meningococică (MCSE)
	<input type="checkbox"/>	Meningite bacteriene
Rezultatul diagnosticului etiologic .....	<input type="checkbox"/>	(T) Meningite virale
.....	<input type="checkbox"/>	(T) Meningită bacilară TBC
.....	<input type="checkbox"/>	Tuberculoză
Metoda de laborator: .....	<input type="checkbox"/>	(T) Legioneloză
	<input type="checkbox"/>	(T) Psitacoză/Ornitoză
	<input type="checkbox"/>	Scarlatina
Conform criteriilor epidemiologice:	<input type="checkbox"/>	Infecție urliană (parolidită epidemică)
DA _____ NU _____	<input type="checkbox"/>	(T) Antrax
Observații privind cazul: (date clinice, paraclinice sau epidemiologice) .....	<input type="checkbox"/>	(T) Bruceloză acută
	<input type="checkbox"/>	Echinococoză
	<input type="checkbox"/>	Ankilostomiază
	<input type="checkbox"/>	(T) Tularemie
	<input type="checkbox"/>	Morvă/Melioidoză
Date privind sursa de infecție și calea de transmitere a infecției:	<input type="checkbox"/>	Leishmanioză
Depistată: DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Filariaze/dracunculoză
Contact cu caz similar/confirmat: DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabie
	<input type="checkbox"/>	Boala Lyme
	<input type="checkbox"/>	(T) Encefalite inf. primare
Transmitere aerogenă DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Encefalite trsm. prin vectori/West Nile
Transmitere prin alimente DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Febră Q/butonoasă/rickettsioze
Transmitere hidrică DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Holera
Transmitere prin elemente de mediu DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Malarie
Transmitere parenterală DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Pestă
Transmitere prin vectori DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Lepră
Transmitere iatrogenă DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Tifos exantematic/Brill
Transmitere sexuală DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(T) Febrele virale hemoragice
Datele sunt furnizate și completate de:	<input type="checkbox"/>	(T) Febră galbenă
Numele și prenumele medicului:	<input type="checkbox"/>	(T) Dengă
Semnătura și parafa:	<input type="checkbox"/>	(T) Variolă/varioloidul etiologie necunoscută
Locul de muncă al medicului:	<input type="checkbox"/>	(T) eveniment neobișnuit/neașteptat
Bifați în cazul în care mai doriți fișe	<input type="checkbox"/>	(T) Reacții adverse postvaccinale indenzirabile
	<input type="checkbox"/>	Pertussis
	<input type="checkbox"/>	(T) Sindrom acut respirator sever (SARS)
Nr. ASP ____/____ (cod auto + nr. din registru)		
Data primirii fișei: ____/____/____		