Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública

FULL DE NOTIFICACIÓ DE FEBRE TIFOIDE I PARATIFOIDE

Revisió 2026. Servei de Vigilància en Salut Pública - **Remetre a vigilancia@dgsanita.caib.es**

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació
- ☐ Sospitós
- ☐ Probable
- ☐ Confirmat

	Sí	No
Criteri clínic	☐	☐
Criteri epidemiològic	☐	☐
Criteri de laboratori	☐	☐

Associat a un brot ☐ Sí ☐ No

Identificador del brot

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

	Sí	No	Desconegut
Estranger	☐	☐	☐
Turista	☐	☐	☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

Prova (marcar les de resultat positiu): Detecció àcid nucleic ☐ Aïllament ☐

Resultats de proves de sensibilitat antimicrobiana

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Amoxicil·lina/Clavulànic	☐	☐	☐		
Ampicil·lina	☐	☐	☐		
Cefotaxima	☐	☐	☐		
Cefepima	☐	☐	☐		
Ceftazidima	☐	☐	☐		
Aztreonam	☐	☐	☐		
Imipenem	☐	☐	☐		
Meropenem	☐	☐	☐		
Ertapenem	☐	☐	☐		
Ciprofloxacina	☐	☐	☐		

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Azitromicina	☐	☐	☐		
Cloramfenicol	☐	☐	☐		
Gentamicina	☐	☐	☐		
Tetraciclina	☐	☐	☐		
Sulfametoxazole	☐	☐	☐		
Cotrimoxazole	☐	☐	☐		
Trimetropim	☐	☐	☐		
Tigeciclina	☐	☐	☐		
Colistina	☐	☐	☐		

S- Sensible dosificació estàndard.
I- Sensible exposició augmentada.
R- Resistent.
CMI- Concentració mínima ihnibitòria.

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Ocupació de risc

Exposició (marcar les principals)

- Consum aliment contaminat ☐
- Consum aigua contaminada ☐
- Aigües recreatives ☐
- Materials contaminats ☐
- Contacte amb malalt o portador ☐
- Transmissió homosexual ☐
- Transmissió heterosexual ☐
- Transmissió sexual no especificada ☐
- Desconeguda ☐

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació documentada

Núm. dosis

Data darrera dosi

Tipus de vacuna

OBSERVACIONS