Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública

FULL DE NOTIFICACIÓ DE LEISHMANIOSI

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 de contacte

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

Categoria diagnòstica (marcau les que corresponguin): Cutània ☐ Mucocutània ☐ Visceral ☐ Asimptomàtica ☐

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

Prova (marcau les de resultat positiu) Aïllament ☐ Visualització ☐ Serologia ☐ Detecció àcid nucleic ☐

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Exposició

Factor predisponent personal (marcar els que corresponguin)

Ocupació de risc

VIH/SIDA ☐ Immunodepressió farmacològica ☐

Contacte amb animal infectat

Immunodepressió mèdica (altres) ☐

OBSERVACIONS