Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública

FULL DE NOTIFICACIÓ DE XARAMPIÓ

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

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació
- ☐ Sospitós
- ☐ Probable
- ☐ Confirmat
- ☐ Descartat

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

Casos no importats
- Relacionat importat ☐
- Endèmic ☐
- Origen desconegut ☐

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

Exantema

Data inici exantema

Febre

Data d'inici de febre

Altres manifestacions clíniques

Tos ☐ Conjuntivitis ☐ Coriza ☐

Complicacions

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

Data ingrés UCI

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Agent causal ☒ Virus del xarampió

Genotip

Nom OMS

N450_DSid

Id MeaNS

MF-NCR DSid

Mostra (anàlisi genòmic)

Exsudat faringi ☐ Orina ☐

Laboratori (anàlisi genòmic)

Autonòmic ☐ CNM ☐

Estudiat rubèola?

Estudiats altres patògens?

Diagnòstic en cas descartat

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Data d'anada

Data de tornada

Àmbit d'exposició

Contacte amb un cas

Exposició a centre sanitari

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació documentada

Núm. dosi

Data darrera dosi

Motiu vacunació incorrecta

OBSERVACIONS