

HOJA DE DECLARACIÓN INDIVIDUAL / AITORPEN INDIBIDUALEKO ORRIA

I. DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO / GAIXOAREN FILIAZIO-DATUAK

Inform. confidencial / Inform. konfidentziala

Apellidos / Abizenak
 Nombre / Izena N.º TIS/OTI zk Tfno./Tfnoa
 Sexo / Sexua: Hombre / Gizon Mujer / Emak. Fecha de nacimiento / Jaioteguna de / -ko de / -ak
 Dirección / Helbidea CALLE / KALEA N.º ZK. C.P. / P.K. MUNICIPIO / UDALERRIA TERRITORIO HISTÓRICO / LURRALDE HISTORIKOA
 País de origen / Jatorrizko herria Fecha llegada / Iriste-data
 Centro de trabajo o enseñanza / Lantokia edo ikastetxea

II. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD / GAIXOTASUNAREN GAINEKO DATUAK

Fecha del inicio de los primeros síntomas: de / -ko de / -ak
 Lehenengo sintomak agertu direneko data*: de / -ko de / -ak
 *En caso de sarampión o de rubéola, fecha de inicio del exantema / Elgorri edo errubeolaren kasuan, exantema hasi deneko data

Subraye la enfermedad que corresponda / Azpimarratu dagokion gaixotasuna:

Sarampión / Elgorria	Botulismo / Botulismoa	Enfermedades objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S. / O.M.E.k arautu eta zaindu beharreko gaixotasunak Cólera / Kolera Fiebre amarilla / Sukar horia Peste / Izurria Difteria / Difteria Poliomieltis / Poliomieltisa Rabia / Amorrúa Tifus exantemático / Tifus exantematikoa
Rubéola / Errubeola	Legionelosis / Legionelosisa	
Parotiditis / Parotiditisa	Paludismo / Paludismoa	
Tos ferina / Kukutxetzula	Triquinosis / Trikinosia	
Hepatitis A / A Hepatitisa	Tétanos / Tetanoa	
Hepatitis B / B Hepatitisa	Infección meningocócica / Infekzio meningokozikoa	
Hepatitis C / C Hepatitisa	Fiebre tifo-paratífica / Sukar tifo-paratifikoa:	
Otras hepatitis víricas / Best. hep. birikoak	Lepra / Legenarra	
Brucelosis / Bruzelosis	Fiebre Q / Q Sukarra	
Disentería / Disenteria (Shigella)	Otras / Beste batzuk	

Las enfermedades en rojo deberán ser comunicadas de forma urgente (tfno. o fax).
Gorri idatzitako gaixotasunak berehala jakinarazi behar dira (tfnoz edo faxez)

Para cumplimentar la información de este apartado es preciso consultar el epígrafe correspondiente de la guía de declaración.
 Atal honetako informazio betetzeko, aitorpen-gidari dagokion epigrafeari kontsultatu behar zaio.

FORMA CLÍNICA / ERA KLINIKOA

TIPO DE DIAGNÓSTICO / DIAGNOSTIKO-MOTA: Probable / Daitekeena Sospechoso / Susmagarria Confirmado / Baieztatua

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO / DIAGNOSTIKO METODOAK

AGENTE ETIOLÓGICO / ERAGILE ETIOLOGIKOA

FACTORES DE RIESGO / ARRISKU-FAKTOREAK

ESTADO VACUNAL RESPECTO A LA ENFERMEDAD DECLARADA / AITORTUTAKO GAIXOTASUNARI BURUZKO TXERTAKETA-EGOERA: Completada Osatua Incompleta Ez-osatua No vacunado Txertatu gabea No consta Ez da agertzen

TIPO DE PRESENTACIÓN / AGERPEN-MODUA: Caso aislado Kasu isolatua Caso asociado a un brote epidémico Puja epidemiko bati lotutako kasua

ESTUDIOS DE CONTACTOS / KONTAKTU - ESTUDIOAK: Realizado Eginda No realizado Ez eginda No precisa Ez da behar

OBSERVACIONES / OHARRAK

III. MÉDICO DECLARANTE / MEDIKU AITORTZAILEA

Titular / Titularra: NOMBRE Y APELLIDOS / IZENA ETA ABIZENAK
 Sustituto-a / Ordezkoa: NOMBRE Y APELLIDOS / IZENA ETA ABIZENAK
 Centro sanitario / Osasun zentroa:

Colegiado nº:
 Koleg. zk.:
 Fecha / Data:
 Firma / Sinadura

Código centro / Zentru kodea: Código de plaza TIS / OTI lanpostuaren kodea:

DECLARACIÓN DE TUBERCULOSIS / TUBERKULOSIAREN AITORPENA

DATOS DE LA ENFERMEDAD / GAIXOTASUNAREN DATUAK

Fecha de comienzo de tratamiento / *Tratamenduaren hasierako data*

Localización / *Kokapena*: Pulmonar / *Biriketan* Pleural / *Pleuran* Meníngea / *Meningeetan*

Otras (especificar) / *Bestelakoetan (zehaztu)*

Método diagnóstico / *Metodo diagnostikoa*:

• Microbiología / *Mikrobiologia*:

Esputo / *Karkaxa*:

Baciloscopia / *Baziloskopia* Positiva Negativa
Positiboa *Negatiboa*

Cultivo / *Kultiboa* Positivo Negativo Pendiente
Positiboa *Negatiboa* *Egiteko dago*

Otras muestras (especificar) / *Beste leginen bat (zehaztu)*

Baciloscopia / *Baziloskopia* Positiva Negativa
Positiboa *Negatiboa*

Cultivo / *Kultiboa* Positivo Negativo Pendiente
Positiboa *Negatiboa* *Egiteko dago*

• Otros métodos diagnósticos (especificar) / *Beste diagnostiko - metodo batzuk (zehaztu)*

Forma terapéutica / *Era terapeutikoa*:

• Caso inicial / *Hasierako kasua*:

SÍ / *BAI* Recaída / *Gaixoberritza*
 NO / *EZ* Abandono / *Uzketa*

Fecha del anterior diagnóstico / *Aurreko diagnostikoaren data*

Tratamiento inicial / *Hasierako tratamendua*

Pauta 1 2HRZ+4HR Pauta 4 2HRZE+7HR
 Pauta 2 2HRZE+4HR Pauta 5 18/24 meses
 Pauta 3 2HRZ+7HR Otros / *Beste batzuk*

ANTECEDENTES VACUNALES / TXERTAKETA-AURREKINAK

BCG: SI / *BAI* NO / *EZ* DESC. / *EZEZAG.*

Fecha de vacunación / *Txertaketa-data*

FACTORES DE RIESGO / ARRISKU FAKTOREAK

Contacto reciente con caso de TBC / <i>Oraintsuko kontaktua: TBC</i> <input type="checkbox"/>	Diabetes / <i>Diabetesa</i> <input type="checkbox"/>
VIH + / <i>SIDA / GIP-/HIES</i> <input type="checkbox"/>	Neoplasia / <i>Neoplasia</i> <input type="checkbox"/>
ADVP / <i>ZBDK</i> <input type="checkbox"/>	Tabaco / <i>Tabakoa</i> <input type="checkbox"/>
Silicosis y otras neumoconiosis / <i>Silikosia eta beste neumokoniosioak</i> <input type="checkbox"/>	Indigente / <i>Behartsua</i> <input type="checkbox"/>
Terapia inmunosupresora / <i>Ter. inmunogutxitzailea</i> <input type="checkbox"/>	EPOC / <i>BGBK</i> <input type="checkbox"/>
Alcoholismo / <i>Alkoholis.</i> <input type="checkbox"/>	Trabajador sanitario / <i>Langile sanitarioa</i> <input type="checkbox"/>
Hemodializado / <i>Hemod.</i> <input type="checkbox"/>	Otros (especificar) / <i>Beste batzuk (zehaztu)</i> <input type="checkbox"/>
NO SE CONOCE FACTOR DE RIESGO / <i>EZ DA ARRISKU-FAKTORERIK EZAGUTZEN</i> <input type="checkbox"/>	

ESTUDIO DE CONTACTOS / KONTAKTU-ESTUDIOAK

Realizado Derivado Centro Responsable / *Zentro arduraduna*

Eginda *Deribatuta*

No precisa Especificar la causa / *Arrazoia zehaztu*:

Ez da behar

OBSERVACIONES / OHARRAK: