

Bolile transmisibile care se raporteaza telefonic imediat si se completeaza „Fisa unica de raportare caz de boala transmisibila”, in maxim 5 zile

conform prevenderilor H.G. nr. 589/2007

- Poliomielita cu virus salvatec
- Tetanos
- Tetanos neonatal
- Difterie
- Rujeola
- Infectie rubeolica congenitala
- Gripa umana cauzata de un nou subtip
- Infectie cu E. Coli entero-hemoragic (EHEC)
- Botulism
- Febra tifoida si paratifoida
- Listerioza
- Leptospiroza
- Boala meningococica
- Meningita virala
- Meningita bacilara TBC
- Legioneloză
- Ornitoza/psitacoza
- Antrax
- Bruceloză acută
- Tularemia
- Encefalite infectioase primare
- Encefalite transmise prin vectori/ West Nile
- Holera
- Malaria
- Pesta
- Lepra
- Tifos exantematic/ Brill

- Febrele virale hemoragica
- Febra galbena
- Denga
- Variola/Varioloid
- Boala infectioasa cu etiologie nrecunoscuta
- Eveniment neobisnuit , neasteptat
- Reactii adverse postvaccinale si indezirabile
- SARS

Raportarile telefonice se fac la DSP Gorj:

luni-vineri 7,30-15,30 - 0253210156 int. 125. - Serviciul SUPRAVEGHERE ŞI CONTROL BOLI TRANSMISIBILE

luni-vineri 15,30-21,30 - 0253210156

- dr. Panduru Larisa tel: 0728283938 - COORDONATOR SUPRAVEGHERE ŞI CONTROL BOLI TRANSMISIBILE

„Fisa unica de raportare caz de boala transmisibila”, completata, se transmite la DSP-Gorj, in maxim 5 zile.

Aceste noi raportari nu exclud completarea Darilor de Seama privind Bolile Infectioase si parazitare (lunare, trimestriale, anuale), aflate in uz

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

Bifați

Date despre pacienți

Numele și prenumele:

Adresa:

.....
 (acoperă pentru duplicat I)

Localitate de domiciliu:

Localitate/țară de incubație:

Data nașterii (sau vârsta dacă nu se cunoaște D.N.): ____/____/____

Sex: Ocupația:

Locul de muncă/Colectivitatea:

Date despre boală:

Data debutului bolii: ____/____/____

Data depistării: ____/____/____

Internat: DA _____ NU _____

Deces: DA _____ NU _____

Data decesului: ____/____/____

Cum a fost depistat: consult clinic _____
 contact _____ screening _____ alte _____

Datele privind modalitatea confirmării cazului:

Conform definiției clinice de caz:
 DA _____ NU _____

Conform diagnosticului etiologic:
 DA _____ NU _____

Data recoltării probei: ____/____/____

Rezultatul diagnosticului etiologic

.....
 Metoda de laborator:

Conform criteriilor epidemiologice:
 DA _____ NU _____

Observații privind cazul: (date clinice, paraclinice sau epidemiologice)

- (T) Poliomielită cu virus sălbatic
- Paralizie acută flască (PAF)
- (T) Tetanos
- (T) Tetanos neonatal
- (T) Difterie
- (T) Rujeolă
- Rubeolă
- (T) Infecție rubeolică congenitală NN
- (T) Gripă umană cauzată de un nou subtip
- Infecție cu Haemophilus infl. b.
- Sifilis recent și congenital
- Infecții gonococice
- Infecție HIV
- Infecție cu Chlamydia spp.
- Infecție genitală cu Herpes simplex
- Limfogranulomatoza veneriană
- Hepatita virală acută A
- Hepatita virală acută B
- Hepatita virală acută C
- Alte hepatite virale acute
- (T) Infecție cu E. coli
- Enterohemoragic (EHEC)
- Campylobacterioze
- Yersinioze
- Cryptosporidiază
- Salmoneloze
- TIA (alte etiologii)
- (T) Botulism
- Shigelloză (dizenterie bact.)
- Dizenterie amoebiană
- (T) Febră tifoidă și paratifoidă
- (T) Listerioză
- Trichinoză
- (T) Leptospiroză
- Toxoplasmoză
- Varianta transmisibilă CJ
- Citomegalia acută
- Infecții pneumococice
- (T) Boala meningococică (MCSE)
- Meningite bacteriene
- (T) Meningite virale
- (T) Meningită bacilară TBC
- Tuberculoză
- (T) Legioneloze
- (T) Psitacoză/Ornitoză
- Scarlatina
- Infecție urliană (parolidită epidemică)
- (T) Antrax
- (T) Bruceloză acută
- Echinococoză
- Ankilostomiază
- (T) Tularemie
- Morvă/Melioidoză

Date privind sursa de infecție și calea de transmitere a infecției:

Depistată:	DA	NU
Contact cu caz similar/confirmat:	DA	NU
Transmitere aerogenă	DA	NU
Transmitere prin alimente	DA	NU
Transmitere hidrică	DA	NU
Transmitere prin elemente de mediu	DA	NU
Transmitere parenterală	DA	NU
Transmitere prin vectori	DA	NU
Transmitere iatrogenă	DA	NU
Transmitere sexuală	DA	NU

Datele sunt furnizate și completate de:

Numele și prenumele medicului:
Semnătura și parafa:

Locul de muncă al medicului:

Bifați în cazul în care mai doriți fișe

Nr. DSP ____/____ (cod auto + nr. din registru)

Data primirii fișei: ____/____/____/

Leishmanioză

Filariaze/dracunculoză

Rabie

Boala Lyme

(T) Encefalite inf. primare

(T) Encefalite trsm. prin vectori/West Nile
Febra Q/butonoasă/rickettsioze

(T) Holera

(T) Malarie

(T) Pestă

(T) Lepră

(T) Tifos exantematic/Brill

(T) Febrele virale hemoragice

(T) Febră galbenă

(T) Dengă

(T) Variolă/varioloidul

(T) etiologie necunoscută

(T) eveniment

(T) Reacții adverse postvaccinale

indezirabile

Pertussis

(T) Sindrom acut respirator sever (SARS)