

## 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\*: .....  
 \*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	<b>Enfermedades objeto de reglamentación y vigilancia por la O.M.S. / O.M.E.k arautu eta zaindu beharreko gaixotasunak</b> 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 .....	
Tuberculosis / Tuberkulosia (rellenar al dorso) / (atzealdean bete)		

**Las enfermedades en rojo deberán ser comunicadas de forma urgente (tfno. o fax). Gorriz 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: .....  
 Código centro / Zentru kodea: ..... Código de plaza TIS / OTI lanpostuaren kodea: .....  
 Colegiado nº: ..... Koleg. zk.: .....  
 Fecha / Data: .....  
 Firma / Sinadura .....

# 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 / *Gaixoberritzea*   
 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: .....