

Enquesta epidemiològica individualitzada de les infeccions de transmissió sexual. Informe de cas

Dades sociodemogràfiques

1. CIP _____ 2. Nom i cognoms _____
3. Sexe Home Dona 4. Data de naixement (dd/mm/aa) _____
5. Municipi de residència habitual (adreça completa) _____ Districte municipal _____ Telèfon _____
6. País d'origen _____ Any arribada (si no és nascut a Espanya) _____
7. Si resideix a l'estranger, especificar país _____
8. Nivell d'instrucció Sense formació Educació primària Educació secundària Educació universitària Desconegut/no hi consta

Dades del metge/ssa notificant

9. Nom i cognoms _____ 10. Centre sanitari _____ 11. Telèfon _____
12. Unitat ASSIR EAP Referent d'ITS UITS Dermatologia Urgències Unitat VIH Urologia
 Altres _____
13. Data de notificació (dd/mm/aa) _____ Signatura

Dades diagnòstic

- | 14. Diagnòstic | 15. Data diagnòstic (dd/mm/aa) | 16. Tipus de diagnòstic | 17. Localització | 18. Síntomes | 19. Inici símptomes (dd/mm/aa) | 20. Tractament |
|--|--------------------------------|-------------------------|---|---|--------------------------------|----------------|
| | | | Pell
Genital
Anal
Perianal
Oral/faringe
Altres | Sí
No | | |
| Limfogranuloma veneri <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Gonocòccia <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sífilis <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Clamídia <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Dades de laboratori

21. Laboratori _____ 22. Data presa de mostra (dd/mm/aa) _____
- | 23. Microorganisme | 24. Tipus de mostra | 25. Tècnica analítica | 26. Resultat |
|--|---|---|---|
| | Orina
Frotis vaginal
Cèrvix
Uretra
Anus/recte
Sèrum
Oral/faringe
Sang
Desconegut
Altres | Examen fresc
Tincions
Cultius
PCR
Camp pulsat
Hibridació DNA
Detecció antígen
Ser. Antic. Treponèmics
Ser. Antic. reagènics
Altres | Positiu
Negatiu
No hi consta
Títols Reagènics |
| Treponema pallidum <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | β -lactamasa | |
| | | | Tipatge L1 L2 L3 D-K
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Antecedents clínics

	Sí	No	Desc. / No contesta	
27. Diagnòstic previ d'ITS als darrers 12 mesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.1. Especifiqueu ITS prèvia _____
28. Embaràs al moment del diagnòstic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.1. Setmanes de gestació _____
29. S'ha cribat pel VIH alguna vegada a la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29.1. Data darrer test VIH negatiu (dd/mm/aa) _____
30. Coinfecció amb el VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.1. Data diagnòstic VIH (dd/mm/aa) _____
31. Coinfecció amb el VHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32. Coinfecció amb el VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Epidemiologia i conducta

33. Orientació sexual Heterosexual Homosexual Bisexual Transsexual Desconegut

34. Nombre de parelles sexuals diferents en els darrers 12 mesos _____

Presenta el pacient alguna de les següents situacions de risc?

35. Ha tingut una nova parella sexual als darrers 3 mesos?

36. Ha utilitzat el preservatiu en la darrera relació sexual?

36.1. Vaginal?

36.2. Anal?

36.3. Oral?

Sí No Desc

En els darrers 12 mesos, ha tingut relacions sexuals:

37. Amb persona diagnosticada de ITS o VIH?

38. Amb persones usuàries de drogues per via parenteral?

39. Amb tres o més persones al mateix temps? (ménage à trois, orgia, gangbang, sexe grupal)?

40. A l'estranger?

41.1 Especifiqueu país _____

41. Sota l'efecte de cànnabis, alcohol (4+ copes en una ocasió) o altres drogues?

42. En llocs de trobades sexuals o via xarxes online? (saunes, discoteques/bars, club liberal, club swinger, via xats o apps, booty calls)

43. Amb persones per obtenir diners, drogues o qualsevol cosa a canvi (treball sexual)?

44. Amb persona que exerceix la prostitució?

Estudi de contactes

45. S'ha iniciat estudi de contactes?

Sí No Desconegut/no hi consta Nombre elevat de contactes anònims

Home Dona Total contactes

45.1. Nombre de contactes sexuals en els darrers 3 mesos

45.2. Nombre de contactes que el pacient pot localitzar

45.3. Nombre de contactes que s'han pogut localitzar

45.4. Nombre de contactes que s'han pogut tractar

Observacions i/o comentaris

Aquest imprès s'ha d'enviar a les Unitats de Vigilància Epidemiològica del Departament de Salut de les regions sanitàries de Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre i l'òrgan de vigilància de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El procediment de notificació, circuit i definicions de cas que s'ha de seguir per a la notificació d'aquestes infeccions està disponible al Manual de notificació de les MDO i a la publicació de la Definició de cas de les MDO, editades pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Per més informació consulteu [AQUÍ](#)

INFORMACIÓ D'US ESTRUCTAMENT CONFIDENCIAL