
DATOS DE LABORATORIO

Tipo de muestra recogida _____

Cultivo: Positivo
Negativo
No realizado **Tipo:** Mitis
Intermedius
Gravis
No tipado **Toxigenicidad:** No toxigénico
Toxigénico Otras pruebas, (especificar) _____

TRATAMIENTOAntibióticos: No Si → Dosis/día, duración _____ Fecha __/__/__Antitoxina: No Si → Total dosis _____ Fecha __/__/__

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**Tipo de caso:** Sospechoso Probable Confirmado Importado Autóctono **¿Ha recibido vacuna frente a Difteria?**No Sí → Tipo de vacuna : _____Nº Dosis recibidas _____ Fechas aproximadas: _____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
_____/_____/_____
Última dosis recibida _____ Fecha _____/_____/_____Presenta documento de vacunación: No Sí ¿Ha realizado un viaje recientemente? No Sí → Dónde? (País) _____

Fecha de regreso _____/_____/_____

Si es extranjero, lugar de origen _____ Fecha de llegada _____/_____/_____

Personas con las que ha contactado en los últimos 7 días: _____

DATOS DEL DECLARANTE

Fecha declaración del caso _____/_____/_____

Médico que declara el caso _____

Centro de Trabajo _____ Tfno _____

Municipio _____ Provincia _____