# NOTIFICACIÓN DE CASO DE SARNA

**Fecha:.....**

**Profesional que notifica: .....**

**Centro de Salud:**

NOMBRE CASO: .....

NUHSA:.....

Colegio / Guardería: .....

Centro colectivo: ……..

Trabajador sanitario/sociosanitario SI NO

Fecha de inicio de lesiones: .....

¿Tiene en el entorno alguien diagnosticado de sarna? SI NO

Datos del contacto afectado: .....

Convivientes y contactos habituales

| NOMBRE | EDAD/FECHA NACIMIENTO | PARENTESCO | LESIONES (SI/NO) | INDICACIÓN TRATAMIENTO | TRATAMIENTO COMPLETO SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |