

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



Segnalazione iniziale

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Domicilio _____

_____ Tel _____

Residenza (se diversa dal domicilio) _____

Affetto da _____ dal ____/____/____

Ricoverato presso _____ dal ____/____/____

Reparto _____ Indirizzo _____

febbre all'inizio della paralisi: si no non noto

progressione della paralisi entro 4 giorni dall'inizio dei sintomi: si no non noto

asimmetria della paralisi: si no non noto

localizzazione paralisi: arti arti e musc. respiratori bulbare facciali non noto

Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose) si no non noto

I dose ____/____/____ II dose ____/____/____ III dose ____/____/____ IV dose ____/____/____
IPV OPV IPV OPV IPV OPV IPV OPV

Nel più breve tempo possibile vanno inviati al laboratorio di riferimento:

- **Due campioni di feci (prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo 48 uno dall'altro)**
data I prelievo di feci ____/____/____ data II prelievo di feci ____/____/____
- **Due campioni di siero (prelevati ad un intervallo di 15 giorni)**

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute

Dir. Gen. Prev. San.

Ufficio V - Malattie Infettive

Via Giorgio Ribotta, 5

00144 Roma

Tel 06 59943856

Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità

CRIVIB

Viale Regina Elena 299

00161 Roma

Tel 06 49903237

Fax 06 49902082

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



CONFERMA DEI PRELIEVI

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ____/____/____ Il campione di feci ____/____/____

I campione di siero ____/____/____

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute

Dir. Gen. Prev. San.

Ufficio V - Malattie Infettive

Via Giorgio Ribotta, 5

00144 Roma

Tel 06 59943856

Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità

CRIVIB

Viale Regina Elena 299

00161 Roma

Tel 06 49903237

Fax 06 49902082

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data ____/____/____

Sorveglianza AFP



Follow-up a 60 giorni

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Paralisi presente dopo 60 giorni

no

si

Sito eventuale paralisi

gamba sinistra

gamba destra

braccio destro

braccio sinistro

musc. respiratori

nervi cranici

altro (specificare) _____

Miglioramento della paresi/paralisi rispetto alla fase acuta:

no

si

Commenti sull'eventuale grado di miglioramento _____

Allegare, se disponibili, il rapporto neurologico e/o referti strumentali

Diagnosi finale

poliomielite

sindrome di Guillain-Barrè

poliradiculoneurite/Sindrome di Landry

mielite trasversa

neuropatia traumatica

meningite

encefalite

compressione spinale specificare _____

(da neoplasia, ascesso, ematoma)

malattie sistemiche o metaboliche specificare _____

altro specificare _____

Medico responsabile _____

Data del follow-up _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute

Dir. Gen. Prev. San.

Ufficio V - Malattie Infettive

Via Giorgio Ribotta, 5

00144 Roma

Tel 06 59943856

Fax 06 59943096

Ist. Sup. di Sanità

CRIVIB

Viale Regina Elena 299

00161 Roma

Tel 06 49903237

Fax 06 49902082

.....

.....

.....

.....

.....

.....