



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 ☐

muscoli 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 ☐

(da neoplasia, ascesso, ematoma)

malattie sistemiche o metaboliche ☐ specificare _____

altro ☐ specificare _____

Medico responsabile

Data del Follow up

La presente scheda va inviata contemporaneamente a:

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio V - Malattie Infettive
Via G. Ribotta, n.5, 00144 Roma
Tel 06 5994 3307-3905-3856
Fax 06 5994 3096
e.mail: e.rizzuto@sanita.it

Ist. Sup. di Sanità
CRIVIB
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel 06 49903237
Fax 06 49902082

Servizio di Riferimento Regionale
di Epidemiologia – SSEpi - SeREMI
ASL AL Via Venezia, 6
15121 Alessandria
Tel 0131 306793-7837-7821
Fax 0131 307847
e-mail dlombardi@aslal.it