

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 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