

Data di compilazione ____/____/____

Sorveglianza PFA

Segnalazione iniziale

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Domicilio _____ Tel _____

Comune di residenza (se diversa dal domicilio) _____

Ricoverato presso _____ dal ____/____/____

Unità Operativa _____ Indirizzo _____

Data inizio paralisi ____/____/____ data inizio indagini cliniche per PFA ____/____/____

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) e un campione di siero.**

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

Medico responsabile della segnalazione _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata contemporaneamente a

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel 06 49902126 (3237)

PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza SeREMI ASL AL - Dott.ssa Daniela Lombardi
Via Venezia, 6 – 15121 Alessandria Tel 0131 306793 – 7821 E-mail dlombardi@aslal.it

Data di compilazione ____/____/____

Sorveglianza PFA

SCHEDA CAMPIONI PER PFA

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ____/____/____

II campione di feci ____/____/____

Un campione di siero ____/____/____

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 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel:06 49902126 (3237)

PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza SeREMI ASL AL - Dott.ssa Daniela Lombardi
Via Venezia, 6 – 15121 Alessandria Tel 0131 306793 – 7821 E-mail dlombardi@aslal.it

Data ____/____/____

Sorveglianza PFA

Follow-up a 60 giorni

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Iniziali Cognome e nome (prime due lettere) _____ Sesso _____

ID ospedale _____

Luogo di nascita _____ Data ____/____/____

Comune di residenza (se diversa dal domicilio) _____

Data della visita per il follow-up ____/____/____

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 paralisi rispetto alla fase acuta: no si

Commenti sull'eventuale grado di miglioramento _____

Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico

Diagnosi finale

poliomielite

sindrome di Guillain-Barrè

poliradiculoneurite/Sindrome di Landry

mielite trasversa

neuropatia traumatica

meningite

encefalite

compressione spinale

(da neoplasia, ascesso, ematoma) specificare _____

malattie sistemiche o metaboliche specificare _____

altro specificare _____

Medico responsabile _____

La presente scheda va inviata contemporaneamente a

Ministero della Salute
D.G. Prevenzione Sanitaria
Ufficio 05- Prevenzione delle malattie trasmissibili e
profilassi internazionale
Via G. Ribotta 5 -00144 Roma
Tel 06 5994 3307 -2743
E-mail: malinf@sanita.it
a.dalberto@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento Malattie Infettive
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Tel:06 49902126 (3237)

PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza SeREMI ASL AL - Dott.ssa Daniela Lombardi
Via Venezia, 6 – 15121 Alessandria Tel 0131 306793 – 7821 E-mail dlombardi@aslal.it