

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 facciale non noto

Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose).....sinonon 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 ore 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)
afp@iss.it
PEC: dmi@pec.iss.it

Centro regionale di referenza sorveglianza.pfa.sicilia@gmail.com Tel. 091 6553663 - 3187

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 sorveglianza.pfa.sicilia@gmail.com

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	<input type="checkbox"/>	musc. respiratori	<input type="checkbox"/>
gamba destra	<input type="checkbox"/>	nervi cranici	<input type="checkbox"/>
braccio destro	<input type="checkbox"/>	altro(specificare)	_____
braccio sinistro	<input type="checkbox"/>		

Miglioramento della paralisi rispetto alla fase acuta: no si

Commenti sull'eventuale grado di miglioramento _____

Allegare, se disponibile, il rapporto neurologico _____

Diagnosi finale

poliomielite	<input type="checkbox"/>
sindrome di Guillain-Barrè	<input type="checkbox"/>
poliradiculoneurite/Sindrome di Landry	<input type="checkbox"/>
mielite trasversa	<input type="checkbox"/>
neuropatia traumatica	<input type="checkbox"/>
meningite	<input type="checkbox"/>
encefalite	<input type="checkbox"/>
compressione spinale (da neoplasia, ascesso, ematoma)	<input type="checkbox"/> specificare _____
malattie sistemiche o metaboliche	<input type="checkbox"/> specificare _____
altro	<input type="checkbox"/> 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 _____ sorveglianza.pfa.sicilia@gmail.com _____