

SCHEDA 1

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 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 al Centro di Riferimento Regionale:

Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (DiMeC),
Università di Parma, Plesso Biotechologico, Edificio C - Via Volturno 39. 43125, PR.

fax 0521 033832; tel. 0521 033794/3831 licia.veronesi@unipr.it, sorveglianzapfa@unipr.it

SCHEDA 2

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 al Centro di Riferimento Regionale:

Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (DiMeC),
Università di Parma, Plesso Biotecnologico, Edificio C - Via Volturmo 39. 43125, PR.

fax 0521 033832; tel. 0521 033794/3831 licia.veronesi@unipr.it, sorveglianzapfa@unipr.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	<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 al Centro di Riferimento Regionale:
 Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Medicina e Chirurgia (DiMeC),
 Università di Parma, Plesso Biotecnologico, Edificio C - Via Volturmo 39. 43125, PR.
 fax 0521 033832; tel. 0521 033794/3831 licia.veronesi@unipr.it, sorveglianzapfa@unipr.it