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 ☐ facciale ☐ non noto ☐

Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose) si ☐ no ☐ non noto ☐

I dose__/___/__ IPV ☐ OPV ☐ II dose__/___/__ IPV ☐ OPV ☐ III dose__/___/__ IPV ☐ OPV ☐ IV dose__/___/__ 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 __/___/__
- **Un campione di siero**
  data 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 via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione Ufficio V - Malattie Infettive Via Giorgio Ribotta, 5 00144 Roma Tel 06 59943856 **Fax 06 59943096**	Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 00161 Roma Tel 06 49902653 **Fax 06 49902082** **afp@iss.it**	Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica Rio Tre Ponti 3494/A 30123 Venezia Tel 0412791358 Fax 0412791355 **sanita.pubblica@regione.veneto.it**

Data ____/____/____ **Sorveglianza AFP**

CONFERMA DEI PRELIEVI

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ___/___/___ II campione di feci ___/___/___

I campione di siero ___/___/___

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

Medico responsabile della notifica _____

La presente scheda va inviata via <u>fax contemporaneamente a:</u>		
Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione Ufficio V - Malattie Infettive Via Giorgio Ribotta, 5 00144 Roma Tel 06 59943856 Fax 06 59943096 **malinf@sanita.it**	Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 00161 Roma Tel 06 49902653 Fax 06 49902082 **afp@iss.it**	Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica Rio Tre Ponti 3494/A 30123 Venezia Tel 0412791358 Fax 0412791355 **sanita.pubblica@regione.veneto.it**

Sorveglianza AFP

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 ☐

musc. 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 ☐ specificare_____
(da neoplasia, ascesso, ematoma)
malattie sistemiche o metaboliche ☐ specificare_____
altro ☐ specificare_____

Medico responsabile _____

Data del follow-up_____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute Direzione Generale Prevenzione Ufficio V - Malattie Infettive Via Giorgio Ribotta, 5 00144 Roma Tel 06 59943856 Fax 06 59943096 **malinf@sanita.it**	Istituto Superiore di Sanità Viale Regina Elena 299 00161 Roma Tel 06 49902653 Fax 06 49902082 **afp@iss.it**	Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica Rio Tre Ponti 3494/A 30123 Venezia Tel 0412791358 Fax 0412791355 **sanita.pubblica@regione.veneto.it**