

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_