

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 ☐ sì ☐

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 ☐ sì ☐

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 _____

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	Centro Regionale di Referenza U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica Dorsoduro 3494/A 30123 Venezia Tel.041 2791358 E-mail: sanitapubblica@regione.veneto.it francesca.zanella@regione.veneto.it	Istituto Superiore di Sanità Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena 299 00161 Roma Tel:06 49902126 (3237) PEC: dmi@pec.iss.it
--	--	---

