

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).....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 <u>contemporaneamente</u> 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