



Poliomielite

Dichiarazione sui risultati clinici

Paziente

cognome/nome: _____ data di nascita: __/__/____ sesso: f m

via: _____ NPA/luogo di residenza: _____ cantone: _____ tel.: _____

nazionalità: CH altro: _____ paese di residenza, se non CH: _____

Diagnostica e manifestazione

manifestazione: paralisi flaccida acuta delle estremità paralisi bulbare
 deficit sensitivi deficit cognitivi altro: _____

fattori di rischio: nessuno non noto immunodepressione altro: _____

inizio delle manifestazioni: data: __/__/____

laboratorio: nome/tel.: _____

motivo: sospetto clinico esposizione scoperta fortuita altro: _____

prelievo: data: __/__/____ materiale: campioni di feci: sì, quanti _____ nessuno non noto
 altro: _____

risultato: negativo non noto

virus polio in coltura ricerca genoma pos. sieroconversione (allegare la copia del referto)

tipo di virus: non noto 1 2 3 selvaggio vaccino: _____

Evoluzione

ospedalizzazione: sì, data del ricovero __/__/____ data d'uscita __/__/____ no non noto

stato: deceduto: data: __/__/____

Stato vaccinale prima dell'inizio della malattia

sulla base di: certificato di vaccinazione / cartella clinica anamnesi

vaccinato contro la poliomielite: sì, con _____ dosi in totale no non noto

1^a dose in anno/mese: ____/____ orale parenterale

data dell'ultima dose: __/__/____ tipo di vaccino (marca): _____ lotto no: _____

Esposizione

≤4 settimane prima dell'inizio della manifestazione (periodo d'incubazione 4-21 giorni)

dove: CH estero, paese: _____ luogo: _____ non noto

quando: data dell'esposizione __/__/____ o data dell'entrata in CH __/__/____ non noto

come: contatto con persone vaccinate per via orale lavoro con virus della poliomielite contatto con pazienti non noto

dettaglio: _____

persone esposte: sì, quali: _____ quante: _____ nessuna non noto

Osservazioni

Medico

nome, indirizzo, tel./fax (o timbro): _____

data: __/__/____ firma: _____

Medico cantonale

misure: no sì: _____ data: __/__/____ firma: _____