

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Akute schlaffe Lähmungen

Spital: _____ Code SPSU: _____

Geschlecht: m w Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Wohnort: _____Hausarzt (Name, Adresse): _____
_____**Klinik:**

Datum Spitaleintritt: ____ / ____ 20 ____ Beginn der Lähmung: ____ / ____ 20 ____

- Symptomatik während der akuten Erkrankungsphase:	Ja	Nein	Unbekannt
- Fieber:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Meningeale Reizung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Parästhesien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abgeschwächte od. fehlende Sehnenreflexe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schlaffe Lähmung einer od. mehrerer Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte präzisieren: _____

- Bulbärparalyse:

bitte präzisieren: _____

- Andere Symptome: _____

- Vorbestehende Immunschwäche: _____

- Restlähmungen 60 Tage oder später nach Beginn der Erkrankung:

bitte präzisieren: _____

Laboruntersuchungen:

	Ja	Nein	Unbekannt
- Wurden Stuhlproben auf Polioviren untersucht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, Anzahl der Stuhlproben:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	>2 <input type="checkbox"/>

Datum und Ergebnis der ersten Materialentnahme: ____ / ____ 20 ____

Datum und Ergebnis der zweiten Materialentnahme: ____ / ____ 20 ____

- Wurde Liquor auf Polioviren untersucht:

wenn ja, Datum der Materialentnahme und Ergebnis: ____ / ____ 20 ____

- Poliovirus-Typ: 1 2 3 Wildvirus Impfvirus noch nicht bekannt unbekannt**Bitte wenden**

- Andere wichtige Laborergebnisse:

Labor (Name, Adresse):

Impfstatus: Geimpft Nicht geimpft Unbekannt

Erhoben aufgrund: Impfausweis / KG Anamnese

Impfdaten:

1. Dosis: ____ / ____ / ____ Impfstoff: _____

2. Dosis: ____ / ____ / ____ Impfstoff: _____

3. Dosis: ____ / ____ / ____ Impfstoff: _____

4. Dosis: ____ / ____ / ____ Impfstoff: _____

Ansteckungsquelle:

- Kontakt mit einer kürzlich mit OPV geimpften Person oder mit einem Poliofall:

Ja Nein Unbekannt

wenn ja, mit wem: _____

Datum der Impfung: ____ / ____ / ____ Datum der Erkrankung: ____ / ____ 20 ____

- Auslandsaufenthalt in den letzten 4 Wochen: Ja Nein Unbekannt

wenn ja, von: ____ / ____ 20 ____ bis: ____ / ____ 20 ____ Land: _____

Endgültige Diagnose: Handelt es sich Ihrer Meinung nach um eine Poliomyelitis-Erkrankung?

Ja Nein Unbekannt

falls nein, Diagnose: _____

Bemerkungen: _____

Meldender Arzt: _____ Datum: ____ / ____ 20 ____

Besten Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

SPSU-Vorsitzender: Prof. Dr. med. C. Rudin, Leitender Arzt, UKBB, Spitalstrasse 33, 4056 Basel
SPSU-Sekretariat: Bundesamt für Gesundheit, Abt. Übertragbare Krankheiten, 3003 Bern
Tel. 058 463 02 97 oder 058 463 87 06, Fax 058 463 87 95, e-Mail: spsu@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem