

Patronage: Société suisse de pédiatrie (SSP) et Office fédéral de la santé publique (OFSP)

## Paralysie flasque aiguë

Hôpital: \_\_\_\_\_ Code SPSU: \_\_\_\_\_

Sexe:  m  f      Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Domicile: \_\_\_\_\_

Médecin de famille (Nom, adresse) : \_\_\_\_\_

### Clinique:

**Date de l'hospitalisation:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_      **Début de la paralysie:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Symptomatologie durant la phase aiguë de la maladie:	Oui	Non	Inconnu
- Fièvre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Signes d'irritation méningée:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Paresthésies:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Faiblesse ou absence des réflexes ostéotendineux:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Paralysie flasque d'une ou plusieurs extrémités:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

préciser svp.: \_\_\_\_\_

- Paralysie bulbaire:            

préciser svp.: \_\_\_\_\_

- Autres symptômes: \_\_\_\_\_

-Immunodéficience préalable: \_\_\_\_\_

- Paralysie résiduelle 60 jours ou plus après le début de la maladie:            

préciser svp.: \_\_\_\_\_

**Examens de laboratoire:**      Oui      Non      Inconnu

- Poliovirus recherché dans les selles:            

si oui, nombre de prélèvements      1       2       >2

date et résultat du premier prélèvement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

date et résultat du deuxième prélèvement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Poliovirus recherché dans le LCR:            

si oui, date de prélèvement et résultat: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Type de poliovirus:  1       2       3

Virus sauvage       Virus vaccinal       Pas encore connu       Inconnu

**Veillez tourner**

