



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: _____