



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.: _____

data: ____/____/____

Medico cantonale

misure: ☐ no ☐ sì: _____ data: ____/____/____