



SPREMNI LIST ZA VIROLOŠKE PREISKAVE AFP ali suma na okužbo s poliovirusi

Ob akutni flacidni paralizi (AFP) ali sumu na okužbo s poliovirusi odvzamemo 2 vzorca blata v razmiku najmanj 24-48 ur. Prvi vzorec naj bo vzet v največ 14 dneh po nastopu paralize.

O odvzemu in prihodu vzorcev obvestite: **Laboratorij za javnozdravstveno virologijo, Bohoričeva 15, Ljubljana, tel: 01 4342 610 ali 051 391 388.**

<u>SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU</u>	
Ime: _____	Priimek: _____
Datum rojstva: ___/___/___	Spol: 1 - moški 2 - ženska 9 - neznano
Bivališče: _____	
<u>ODVZETI VZORCI</u>	
Vzorec blata 1: 1 - DA 2 - NE	Datum odvzema: ___/___/___
Vzorec blata 2: 1 - DA 2 - NE	Datum odvzema: ___/___/___
Drugi vzorci: _____	Datum odvzema: ___/___/___
<u>KLINIČNI PODATKI</u>	
Datum začetka simptomov: ___/___/___	Datum začetka paralize: ___/___/___
Mesto/opis paralize: _____	Paraliza asimetrična: 1 - DA 2 - NE 9 - neznano
Čas od začetka do polnega razvoja paralize: _____ dni	9 - neznano
Prisotnost povišane telesne temperature ob nastopu paralize: 1 - DA 2 - NE 9 - neznano	
Prisotnost drugih nevroloških znakov (krči, meningitis): _____	
Hospitalizacija: 1 - DA 2 - NE 9 - neznano	Diagnoza: _____
Cepljen proti otroški paralizi: 1 - DA 2 - NE 9 - neznano	Cepivo: _____
Število odmerkov: _____ 9 - neznano	Datum zadnjega odmerka: ___/___/___
<u>EPIDEMIOLOŠKI PODATKI (za obdobje 28 dni)</u>	
Ali je bolnik potoval v druge države v 28 dneh pred začetkom paralize? 1 - DA 2 - NE 9 - neznano	
Katere: _____	

<u>PODATKI O POŠILJATELJU</u>		
Zdravstvena organizacija (žig):	Zdravnik (žig in podpis):	Telefon za hitro sporočanje izvida: