



**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, Grablovičeva 44, 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: _____	KZZ: _____	
<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: