

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:

- Signes d'irritation méningée:

- Paresthésies:

- Faiblesse ou absence des réflexes ostéotendineux:

- Paralysie flasque d'une ou plusieurs extrémités:

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**

