

Trägerschaft: Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und Bundesamt für Gesundheit (BAG)

## Akute schlaffe Lähmungen

Spital: \_\_\_\_\_ Code SPSU: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Adresse): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Klinik:

Datum Spitaleintritt: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ Beginn der Lähmung: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Symptomatik während der akuten Erkrankungsphase:	Ja	Nein	Unbekannt
- Fieber:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Meningeale Reizung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Parästhesien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Abgeschwächte od. fehlende Sehnenreflexe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Schlaffe Lähmung einer od. mehrerer Extremitäten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bitte präzisieren: \_\_\_\_\_

- Bulbärparalyse:  Ja  Nein  Unbekannt

bitte präzisieren: \_\_\_\_\_

- Andere Symptome: \_\_\_\_\_

- Vorbestehende Immunschwäche: \_\_\_\_\_

- Restlähmungen 60 Tage oder später nach Beginn der Erkrankung:  Ja  Nein  Unbekannt

bitte präzisieren: \_\_\_\_\_

### Laboruntersuchungen:

	Ja	Nein	Unbekannt
- Wurden Stuhlproben auf Polioviren untersucht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, Anzahl der Stuhlproben:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	>2 <input type="checkbox"/>

    Datum und Ergebnis der ersten Materialentnahme: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

    Datum und Ergebnis der zweiten Materialentnahme: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Wurde Liquor auf Polioviren untersucht:  Ja  Nein  Unbekannt

    wenn ja, Datum der Materialentnahme und Ergebnis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Poliovirus-Typ:  1  2  3

Wildvirus  Impfvirus  noch nicht bekannt  unbekannt

### Ausschluss einer Poliomyelitis durch:

- Magnetresonanztomographie (MRI): ja  nein  nicht gemacht
- Elektroneurographie (ENG): ja  nein  nicht gemacht
- Elektromyographie (EMG): ja  nein  nicht gemacht
- Gleichzeitigem Befall von Motorik und Sensorik: ja  nein  nicht gemacht

**Bitte wenden**

- Andere wichtige Laborergebnisse:

Labor (Name, Adresse):

**Impfstatus:**       Geimpft       Nicht geimpft       Unbekannt

Erhoben aufgrund:       Impfausweis / KG       Anamnese

Impfdaten:

1. Dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Impfstoff: \_\_\_\_\_

2. Dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Impfstoff: \_\_\_\_\_

3. Dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Impfstoff: \_\_\_\_\_

4. Dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Impfstoff: \_\_\_\_\_

**Ansteckungsquelle:**

- Kontakt mit einer kürzlich mit OPV geimpften Person oder mit einem Poliofall:

Ja       Nein       Unbekannt

wenn ja, mit wem: \_\_\_\_\_

Datum der Impfung: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Datum der Erkrankung: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

- Auslandsaufenthalt in den letzten 4 Wochen:       Ja       Nein       Unbekannt

wenn ja, von: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ bis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

**Endgültige Diagnose: Handelt es sich Ihrer Meinung nach um eine Poliomyelitis-Erkrankung?**

Ja       Nein       Unbekannt

**falls nein, Diagnose:** \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Meldender Arzt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

**Besten Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!**

SPSU-Vorsitzender: Dr. med. Andreas Wörner, Leitender Arzt, UKBB, Spitalstrasse 33, 4056 Basel  
SPSU-Sekretariat: Bundesamt für Gesundheit, Abt. Übertragbare Krankheiten, 3003 Bern  
Tel. 058 463 02 97 oder 058 463 87 06, Fax 058 463 87 95, e-Mail: spsu@bag.admin.ch  
www.spsu.ch