|  |
| --- |
| **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита** **и острого вялого паралича**(заполняется\* специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации)\*все графы обязательны к заполнению |
| **Часть 1 (расследование случая в течение 24 часов)** |
| ***ИДЕНТИФИКАЦИЯ*** |
| ЭПИД № |  | Дата эпидрасследования |  |  |  |
| Случай «горячий»? | Да | Нет | Не изв. | день | месяц | год |
| Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно) |  | Адрес |  |
| Населенный пункт |  | Район |  | Субъект Российской Федерации |  |
| Дата рождения | день | месяц | год | Если дата рождения не известна - укажите возраст (число полных лет, для детей до года – число полных месяцев) |  | Пол | М  |
|  |  |  | Ж |
| ***РЕГИСТРАЦИЯ*** |
| Дата регистрации случая в органах государственного здравоохранения |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Дата госпитализации больного |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Название медицинской организации | История болезни № |
| Клинический диагноз | Врач (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) |
| ***ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМЫ*** |
| Дата начала паралича |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Если больной умер, дата смерти |  |  |  |
| день | месяц | год |
| **ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ** |
| Есть ли у больного прививочная карта, доступная во время расследования | Да | Нет | Не изв. |
| Плановая иммунизация против полиомиелита (указать наименование вакцины, серию и дату введения в соответствующих ячейках): |
| V1 | V2 | V3 | RV1 | RV2 | RV3 | Не изв. |
| Количество дополнительных доз ОПВ, полученных в ходе массовой иммунизации (указать даты получения прививок и наименование вакцины): | Не изв. |
| Укажите, если у больного были в анамнезе параличи, судороги или др. неврологические расстройства: |
| Укажите: паралич острый (т.е. быстро прогрессирующий)? | Да | Нет | Не изв. |
| паралич вялый (т.е. атонический)? | Да | Нет | Не изв. |
| **Если паралич не острый и не вялый, прекратите расследование. Диагноз:** |
| **Если паралич острый и вялый, продолжайте расследование** |
| Была температура в начале заболевания (паралича)? | Да | Нет | Не изв. |
| Паралич асимметричный? | Да | Нет | Не изв |
| Сколько календарных дней прошло от начала паралича до полного его развития? |  | Дней | Не изв. |
| Место паралича: | Лев. нога | Да | Нет | Не изв. | Дыхат. мускулатура | Да | Нет | Не изв. |
|  | Прав. нога | Да | Нет | Не изв. | Мышцы шеи | Да | Нет | Неизв. |
|  | Лев. рука | Да | Нет | Не изв. | Мышцы лица | Да | Нет | Неизв. |
|  | Прав. рука | Да | Нет | Не изв. | Другое (укажите) |  |  |  |
| Паралич рук | проксимальный | дистальный | Оба | Нет | Не изв. |
| Паралич ног | проксимальный | дистальный | Оба | Нет | Не изв. |
| Пирамидные знаки | Да | Нет | Не изв. |
| Нарушение тазовых органов | Да | Нет | Не изв. |
| Расстройства чувствительности | Да | Нет | Не изв. |
| Походка паретическая | Да | Нет | Не изв. |
| Сухожильные рефлексы с рук (укажите дату осмотра) | Не изменены | Снижены | Отсутствуют |
| Сухожильные рефлексы с ног (укажите дату осмотра) | Не изменены | Снижены | Отсутствуют |
| Результаты исследования цереброспинальной жидкости (в том числе на полиовирус; укажите дату отбора):  |
| Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии, указать дату проведения и заключение): | Неизв. |
| Выезжал ли больной в течение 30 дней до начала паралича в другой населенный пункт | Да | Нет | Неизв. |
| Если да, укажите: с |  |  |  | по |  |  |  |
|  |  | день | Месяц | год |  | день | месяц | Год |
| Если да, куда Страна Область | Район | Нас. Пункт |
| Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней | Да | Нет | Не изв. |
| ***СБОР ОБРАЗЦОВ СТУЛА*** |
| Дата взятия первого образца |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Дата взятия второго образца |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Даты взятия других видов клинического материала (указать вид материала и дату отбора отдельно по каждой пробе): |
| Расследование проводил | подпись |  |
| Не забудьте провести осмотр больного не ранее чем через 60 дней (при условии, что паралич не восстановился ранее и/или подозрение на синдром ОВП не снято) после начала паралича и заполнить часть II формы расследования случая! |

Руководитель территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Дата заполнения отчета

|  |
| --- |
| **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита** **и острого вялого паралича** |
| **Часть II (повторный осмотр через 60 дней)**(заполняется\* специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации)\*все графы обязательны к заполнению  |
| ЭПИД№ | Дата повторногоосмотра |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно) | Адрес |  |
| Нас. пункт |  | Район |  | Субъект РФ |
| Был проведен осмотр через 60 дней? | Да | Нет |
| Если нет, почему? | Больной умер (укажите дату летального исхода):Потерян для дальнейшего наблюдения (укажите дату последнего неврологического осмотра):Другая причина, в том числе, если повторный осмотр проведен ранее 60 дня по причине восстановления паралича ранее и/или при снятии подозрения на ОВП (укажите): |
| Результаты осмотра\* \*укажите, есть ли остаточные параличи или нет; \*если больной потерян для наблюдения, укажите наличие/отсутствие остаточных параличей при последнем неврологическом осмотре | Остаточные параличи | Нетостаточныхпараличей(при восстановлении паралича ранее 60дня укажите дополнительно дату) | Не изв. |
| Результаты вирусологических исследований, полученные в региональном или Национальном центрах по лабораторной диагностике полиомиелита:1 проба фекалий - 2 проба фекалий - |
| Результаты серологических исследований: 1 проба сыворотки – 2 проба сыворотки -  |
| Результаты исследования цереброспинальной жидкости (в том числе на полиовирус; укажите дату отбора): |
| Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии, укажите дату проведения и заключение):  |
| Окончательный клинический диагноз:(заполняется комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации) |
| **Мероприятия в очаге** |
| Количество контактных………. Из них детей до 5 лет………….. |
| Были собраны образцы фекалий у контактных? | Да | Нет | Не известно |
| Если “Да”, от скольких контактных были собраны образцы? | От ……… контактных |
| Количество вакцинированных контактных |
| Медицинское наблюдение (даты) |
| Осмотр контактных | здоров | ОВП |
| Дезинфекция | проводилась | Не проводилась |
| Повторный осмотр проводил | Подпись |
| Адрес, телефон |
| **Примечание: при подозрении на полиомиелит дополнительно представляется копия выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного, копия протокола клинического электронейромиографического исследования (ЭНМГ), результаты иммунограммы, исследования церебро-спинальной жидкости, копия протокола заседания комиссии по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации, копия акта расследования поствакцинального осложнения.** |

Руководитель территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Дата заполнения отчета

|  |
| --- |
| **Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и****острого вялого паралича** |

**Часть III**

|  |
| --- |
| **Окончательная классификация случая**(заполняется Национальной комиссией по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей) |
| ЭПИД№ |  | Дата окончательнойклассификации |  |  |  |
| день | месяц | год |
| Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно) |  | Субъект Российской Федерации |  |
| **Окончательная классификация случая:** |
| Подтвержден (полиомиелит) |  |
| Отменен (полиомиелит) |  |
| Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП) |  |
| Возможно вакциноасооциированный паралитический полиомиелит |  |
| “Совместимый с полиомиелитом” |  |
| **Случай классифицирован на основании:** |  |
| Выделение полиовируса (ДПВ, ПВВП, вакцинного) |  |
| Отсутствие полиовируса в адекватных образцах стула |  |
| Неадекватные образцы стула |  |
| Отсутствие образцов стула |  |
| Остаточные параличи через 60 дней |  |
| Отсутствие остаточных параличей через 60 дней |  |
| Смерть в результате заболевания, “совместимого с полиомиелитом” |  |
| Потерян для дальнейшего наблюдения, смерть больного |  |
| Окончательный клинический диагноз: |
| Код окончательной классификации: |
| Комментарии:  |
| Председатель Комиссии по диагностикеполиомиелита и острых вялых параличей Роспотребнадзора |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/