|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 повторного  осмотра | | | | |  | |  | |  | | |
| 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 | | | Нет  остаточных  параличей  (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 окончательной  классификации |  |  |  |
| 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 диагностике  полиомиелита и острых вялых параличей Роспотребнадзора | | | | | |

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

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

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

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

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

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