Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública

FULL DE NOTIFICACIÓ DE POLIOMILITIS. INCLOU PARÀLISI FLÀCCIDA AGUDA EN MENORS DE 15 ANYS

Revisió 2026. Servei de Vigilància en Salut Pública - **Remetre a vigilancia@dgsanita.caib.es**

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Prioritat ivestigació

Classificació

- ☐ Sospitós
- ☐ Probable
- ☐ Confirmat

	Sí	No
Criteri clínic	☐	☐
Criteri epidemiològic	☐	☐
Criteri de laboratori	☐	☐

Associat a un brot ☐ Sí ☐ No

Identificador del brot

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

Lloc de feina

DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon de contacte

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

	Sí	No	Desconegut
Estranger	☐	☐	☐
Turista	☐	☐	☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Localització de la paràlisi

Febre a l'inici paràlisi

Paràlisi asimètrica

Progresió inferior a 4 dies a paràlisi completa

Altres (especificar)

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

Seguiment als 60-90 dies

Data de seguiment

Resultat del seguiment

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Agent causal ☒ Poliovirus

Femta 1

Data presa de mostra

Data enviament

Data recepció laboratori

Data resultat

Resultat aïllament

Resultat PCR

Enviament de la mostra al CNM

Femta 2

Data presa de mostra

Data enviament

Data recepció laboratori

Data resultat

Resultat aïllament

Resultat PCR

Enviament de la mostra al CNM

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Data anada

Data tornada

Data de contacte

Immunodepressió

Immunodeficiència primària

Exposició

- Contacte amb cas confirmat de polio ☐
- Contacte amb algú que ha viatjat o resideix a un país on circula el virus en els 35 dies abans de l'inici de símptomes ☐
- Contacte amb una persona vacunada amb VPO ☐

DADES DE VACUNACIÓ

Vacunació documentada

Núm. dosi vacuna antipolio

Núm. dosi VPO

Data darera dosi VPO

Presenta document de vacunació

País de vacunació

CASOS DESCARTATS

Agent causal

Si enterovirus, especificau

Diagnòstic

CATEGORIA DIAGNÒSTICA

- ☐ Poliovirus salvatge
- ☐ Poliovirus vacunal
- ☐ Poliovirus derivat de la vacuna
  - ☐ Vacuna circulant
  - ☐ Ambigu
- ☐ Associat a immunodeficiència