

FULL DE NOTIFICACIÓ DE INFECCIÓ POLIOVIRUS SENSE PARÀLISI

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

No empleneu	Data de recepció	Classificació			
		☐ Sospitós	Criteri clínic	☐ Sí	☐ No
	Setmana	☐ Probable	Criteri epidemiològic	☐	☐
		☐ Confirmat	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

Estranger ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐ Nacionalitat/país de procedència Data o any d'arribada a les Illes Balears Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

Turista ☐ Sí ☐ No ☐ Desconegut ☐

DADES DE LA MALALTIA Data d'inici de símptomes Símptomes

Hospitalització Data d'hospitalització Ingress a UCI Data ingress UCI

Defunció a causa de la malaltia Data de defunció Seguiment Data de seguiment 1 Elimina PV seguiment 1

Data de seguiment 2 Elimina PV seguiment 2 Data de seguiment 3 Elimina PV seguiment 3 Data fi de seguiment

DADES DE LABORATORI Data de diagnòstic de laboratori Agent causal ☐ Poliovirus

Femta

Data presa de mostra 1 2 Data enviament 1 2 Data recepció laboratori 1 2 Data resultat 1 2

Resultat aïllament 1 2 Resultat PCR 1 2 Enviament de les mostres al CNM

Sèrum

Data presa de mostra 1 2 Data enviament 1 2 Data recepció laboratori 1 2 Data resultat 1 2

Resultat aïllament 1 2 Resultat PCR 1 2 Enviament de les mostres al CNM

Exsudat

Data presa de mostra 1 2 Data enviament 1 2 Data recepció laboratori 1 2 Data resultat 1 2

Resultat aïllament 1 2 Resultat PCR 1 2 Enviament de les mostres al CNM

DADES DE RISC País d'exposició Municipi d'exposició

Data anada Data tornada Data de contacte Immunodepressió

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 Rebuda alguna dosi Núm. dosi vacuna antipolio Núm. dosi VPO

Data darera dosi VPO Presenta document de vacunació País de vacunació

CATEGORIA DIAGNÒSTICA

☐ Poliovirus salvatge ☐ Poliovirus vacunal

☐ Poliovirus derivat de la vacuna ☐ Vacuna circulant

☐ Ambigu ☐ Associat a immunodeficiència