

INFORMACJA O PRZYPADKU ZACHOROWANIA / PODEJRZENIA ZACHOROWANIA¹⁾ NA ODRE

pierwsza informacja²⁾ uaktualnienie danych raport końcowy

Przypadek zgłoszono do stacji sanitarno-epidemiologicznej w w dniu (dd-mm-rrrr) _-_-

I. DANE O CHORYM

Nazwisko i imię Płeć (M,K) ___ Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _-_- Obywatelstwo

Adres miejsca zamieszkania telefon

Adres pobytu w momencie zachorowania od kiedy

Adres żłobka, przedszkola, szkoły, miejsca pracy¹⁾

Środowisko pobytu w momencie zachorowania (miasto=M, wieś=W) ___

Pobyt za granicą w okresie narażenia: nie tak Kraj(e) pobytu

Data przyjazdu/ powrotu do Polski (dd-mm-rrrr) _-_-

II. DANE O CHOROBIE

Data zachorowania (dd-mm-rrrr) _-_- Data zgłoszenia się do lekarza (dd-mm-rrrr) _-_-

Domniemane źródło zakażenia: kontakt z chorym na odrę potwierdzoną badaniem serologicznym (w klasie IgM) lub izolacją wirusa, nazwisko i imię tej osoby

kontakt z chorym na odrę nie potwierdzoną badaniem serologicznym (w klasie IgM) lub izolacją wirusa

nie ustalono

Objawy - Podwyższona temperatura ciała / gorączka: do 37.9°C

38.0°C lub wyższa przez okres ___ dni

- Wysypka: Data wystąpienia (dd-mm-rrrr) _-_- Okres utrzymywania się (w dniach) ___

Rodzaj wykwitów

- Inne: plamki Koplika kaszel katar/ nieżyt błony śluzowej nosa zapalenie spojówek

inne (wymienić jakie)

Powikłania: zapalenie mózgu zapalenie opon mózgowych zapalenie płuc zapalenie ucha środkowego biegunka

inne (wymienić jakie)

Leczenie: ambulatoryjne

szpitalne, hospitalizacja przez okres ___ dni w (nazwa placówki)

Lekarz, który zgłosił zachorowanie: nazwisko i imię

placówka

III. LABORATORYJNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE POTWIERDZAJĄCE / WYKLUCZAJĄCE ODRE¹⁾

1. Badania serologiczne – na obecność swoistych przeciwciał w klasie IgM:³⁾ wykonano nie wykonano

Data pobrania materiału (dd-mm-rrrr) _-_-

Placówka, w której wykonano badanie: NIZP-PZH inna (nazwa placówki)

Nazwa testu Data wyniku (dd-mm-rrrr) _-_- Wynik badania (miano)

Czy wynik potwierdził podejrzenie odry: nie wynik wątpliwy tak

2. Badania wirusologiczne – na obecność wirusa:⁴⁾ wykonano nie wykonano

Data pobrania materiału (dd-mm-rrrr) _-_- Rodzaj materiału: wymaz z gardła moc krew pełna na EDTA

Placówka, w której wykonano badanie: NIZP-PZH inna (nazwa placówki)

Data wyniku (dd-mm-rrrr) _-_-

Czy wyizolowano wirusa: nie tak, genotyp Rodzaj materiału, z którego izolowano wirusa

3. Badania wirusologiczne – na obecność RNA wirusa (PCR):⁴⁾ wykonano nie wykonano

Data pobrania materiału (dd-mm-rrrr) _-_- Rodzaj materiału: wymaz z gardła moc krew pełna

Placówka, w której wykonano badanie: NIZP-PZH inna (nazwa placówki)

Data wyniku (dd-mm-rrrr) _-_-

Czy wykryto RNA wirusa: nie tak, genotyp Rodzaj materiału, w którym wykryto RNA wirusa

IV. SZCZEPIENIA PRZECIWIW ODRZE

Dawka	Data szczepienia (dd-mm-rrrr)	Nazwa szczepionki	Przyczyna nie wykonania szczepienia przewidzianego w "Programie Szczepień Ochronnych"
I			
II			
III			

V. DODATKOWE INFORMACJE

(Wypełnić, jeżeli zachorowanie dotyczy dziecka w wieku do 12 miesięcy)

Czy po urodzeniu się dziecka, jakaś osoba(y) z jego najbliższego (domowego) otoczenia:

chorowała(y) na odrę: nie tak, kto i kiedy (nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, data zachorowania)

była(y) szczepiona p/odrze: nie tak, kto i kiedy (nazwisko i imię, stopień pokrewieństwa, data szczepienia)

VI. STAN ZASZCZEPIENIA PRZECIWIW ODRZE OSÓB W WIEKU DO 15 ROKU ŻYCIA W OTOCZENIU DOMOWYM CHOREGO

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	Data ostatniego szczepienia (dd-mm-rrrr)	Przyczyna nie wykonania szczepienia przewidzianego w "Programie Szczepień Ochronnych"
1				
2				
3				
4				
5				

VII. ZALECENIA / UWAGI

.....

.....

.....

.....

VIII. OSTATECZNE ROZPOZNANIE:

- odra potwierdzona laboratoryjnie
- odra potwierdzona epidemiologicznie (kontakt z chorym na odrę potwierdzoną laboratoryjnie)
- odra potwierdzona klinicznie (spełnione kryteria kliniczne)
- inne rozpoznanie odrę wykluczyły wyniki badań laboratoryjnych
- odrę wykluczono / odwołano z innych powodów (podać jakich)
- Jaką inną chorobę rozpoznano

Jeżeli potwierdzono odrę: zachorowanie wykazano w sprawozdaniu MZ-56 (miesiąc/okres: A,B/rok) __/__/__

jako przypadek (zgodnie z definicją) potwierdzony prawdopodobny możliwy

Jeżeli wykluczono odrę: przypadek w ogóle nie był wykazywany w sprawozdaniach MZ-56

przypadek odwołano ze sprawozdań MZ-56 - korekta z dnia (dd-mm-rrrr) __-__-__

Przypisy: ¹⁾ Niepotrzebne skreślić. ²⁾ Pierwszą informację sporządza się i wysyła niezwłocznie po otrzymaniu informacji o przypadku zachorowania lub podejrzenia zachorowania na odrę. ³⁾ W celu wykrycia przeciwciał w klasie IgM, materiał należy pobrać po upływie 7 dni od pojawienia się wysypki (do 45 dni po zachorowaniu).

⁴⁾ W celu izolacji wirusa / wykonania badania molekularnego (PCR), materiał należy pobrać w ciągu 1-4 dni od pojawienia się wysypki.

Wyjaśnienia dotyczące informacji
można uzyskać pod numerem telefonu:

Imię i nazwisko
osoby sporządzającej informację