SNVS

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Ministerio de Salud

La Planilla de notificación debe enviarse inmediatamente Via Fax ó e-mail

PARALISIS AGUDA FLACIDA EN MENORES DE 15 AÑOS -FICHA EPIDEMIOLOGICA-

DEFINICIÓN: Todo caso, de parálisis aguda fláccida; sindrome de Guillain Barré, poliomilitis, mielitis trasversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineoritis, poliradiculoneuropatias, etc.

Enfermedad de denuncia obligatoria. Ley 15.466/60

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Año:_____ Fecha de Consulta:___/___/___ Caso Nº_____

Apellido y Nombre:_____ Sexo: F ☐ M ☐

Fecha de Nacimiento:___/___/___ Años:_____ Meses:_____

Provincia:_____ Departamento/area:_____ Localidad:_____

Domicilio: Calle:_____ Nº_____ Dpto._____ Barrio:_____

Residencia: Urbano ☐ Rural ☐ Fuente de notificación: Público ☐ Privado ☐ S.Social ☐ Otro ☐

Hospital:_____ HC Nº_____

Localidad:_____ Provincia: **RIO NEGRO .**

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacuna SABIN: Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Nº de dosis: _____ Fecha última dosis:___/___/___

Vacuna Salk: Si ☐ No ☐ No sabe ☐ Nº de dosis: _____ Fecha última dosis:___/___/___

DATOS CLÍNICOS

Fecha de comienzo de la investigación:___/___/___

Inmunodeficiencia: Si ☐ No ☐ Especificar:_____

PRODIOMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
NO					
SI					
NO SABE					

Parálisis: **S. Epid. Nº**_____

Inicio:___/___/___ Fiebre: Si ☐ No ☐ No Sabe ☐ - Dias de instalación total de la parálisis_____

MIEMBRO	PARALISIS						REFLEJOS (*) OSTEOTENDINOSOS					(*) SENSIBILIDAD				
	PROXIMAL			DISTAL												
	SI	NO	NS	SI	NO	NS	N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
BRAZO DERECHO							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
BRAZO IZQUIERDO							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
PIERNA DERECHA							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
PIERNA IZQUIERDA							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(*) **N**= Normal **H**=Aumentado **D**= Disminuido **A**= Ausente **NS**=No Sabe (marcar lo que corresponda)

Progresión de la parálisis

Ascendente	Descendente	Sin Progresión	Simétrica	Asimetrica	Desconocida

Compromiso de pares craneales			Compromiso respiratorio			ARM		
SI	NO	N / S	SI	NO	N / S	SI	NO	N / S

LCR: SI ☐ NO ☐ Disociación albúmino / citológica SI ☐ NO ☐ Fecha:___/___/____

Defunción: SI ☐ NO ☐ Fecha:___/___/____

DATOS EPIDEMIOLOGICOS: Posible fuente de infección, durante los 30 previos a la parálisis

- ¿Donde Residio? Lugar:_____ Fecha:___/___/____
- ¿Viajo? SI ☐ NO ☐ Lugar:_____ Fecha:___/___/____
- ¿En esa zona, hubo algún caso de poliomielitis? SI ☐ NO ☐
- APELLIDO Y NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE:_____ _____

CONTROL DE FOCO

Vacunación de Bloqueo: Si ☐ No ☐ Nº de Dosis: _____ Fecha:___/___/____

LABORATORIO

Materia Fecal: Si ☐ No ☐

Extracción de muestra Fecha:___/___/____ Recepción del Laboratorio Fecha:___/___/____

Resultado

Enterovirus ☐ Adenovirus ☐ Polio ☐ Vacuna ☐ Salvaje ☐ Negativo ☐ Otros ☐ _____

Fecha:___/___/____

SEGUIMIENTO

Evaluación a los 60 dias Si ☐ No ☐ Fecha:___/___/____

Parálisis residual: Si ☐ No ☐ No Sabe ☐ Atrofia: Si ☐ No ☐ No Sabe ☐

EMG: Si ☐ No ☐ _____

CLASIFICACIÓN FINAL: Polio ☐ Compatible con Polio ☐ Relacionado c/ VOP ☐

Descartado: G. Barré ☐ Neurosis Traumática ☐ Mielitis transversa ☐ Tumor ☐ Otros ☐

Fecha de Diagnóstico Final:___/___/____

Firma