

Sospecha de: Poliomieltis Sx Guillain Barré Otro* (especificar) _____ Caso N°: ____/____/____

*Polineuritis, Mielitis Transversa, Meningoencefalitis, Polirradiculonuropatías, Polineuritis tóxica (Organofosforados), Parálisis Discálemicas, Neuritis traumática, Parálisis Braquial Aguda, entre otros.

Caso sospechoso: Toda persona menor de 15 años, que presente parálisis flácida de inicio agudo que no sea causada por accidentes. O cuando el profesional sospeche Poliomieltis.

A) DATOS DEL NOTIFICANTE

1. Fecha de consulta: ____/____/____ 2. Fecha de captación: ____/____/____ 3. Fecha de notificación: ____/____/____
4. Nombre del Notificante: _____ 5. Tel. o cel. N°: _____
6. Establecimiento de salud: _____ 7. Distrito: _____ 8. Región Sanitaria N°
9. Sub-sector que notifica: 9.1 Público 9.2 Seguridad social 9.3 Privado 9.4 Otro Especifique: _____
10. Cómo conoció el caso: 10.1 Consulta 10.2 Laboratorio 10.3 B.A. Institucional 10.4 B.A. Comunitaria 10.5 Rumores 10.6 Otros _____

B) DATOS DEL PACIENTE

11. C.I. N°: _____ 12. Nombre y apellido del paciente: _____
13. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 14. Edad: Años Meses Días 15. Sexo: F M 16. Nacionalidad: _____
17. Domicilio: 17.1 Departamento: _____ 17.2 Distrito: _____ 17.3 Barrio o Cñia.: _____
17.4 Dirección: _____
17.5 Ref. para ubicar el domicilio: _____
17.6 Tel. de contacto: ____/____/____ 18. Localidad: 1=Urbano 2=Rural 19. Com. indígena: 1=Si 2=No 19.1 Etnia: _____
20. Ocupación: _____ 21. Dirección del trabajo o escuela: _____
22. Nombre de la madre o responsable: _____ 22.1 C.I. N°: _____

C) ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

23. Fuente: 1= Tarjeta de vacunación 2= Registro del servicio de salud (adjuntar copia de fuente) 24. Tipo de Vacuna: 1=OPV 2=IPV 4=Sin antecedente (considerar la última dosis) 25. N° de dosis: _____
26. Fecha de vacunación: 26.1 1ºd ____/____/____ 26.2 2ºd ____/____/____ 26.3 3ºd ____/____/____ 26.4 Ref1: ____/____/____ 26.5 Ref2: ____/____/____
27. Lugar de vacunación última dosis: 27.1 Establecimiento de salud: _____ 27.2 Distrito: _____ 27.3 Región N°: _____

D) DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

28. Antecedentes previos de SGB – PFA: 1=Si 2=No 99=Desconocido 29. Fecha de visita domiciliar (investigación comunitaria): ____/____/____

30. **Pródromos:** 30.1 Fiebre 30.2 Respiratorios 30.3 Gastrointestinales

31. **Parálisis:** 31.1 Fecha de inicio: ____/____/____ 31.2 Fiebre al inicio de la parálisis 1=Si 2=No 99=Desconocido 31.3 De pares craneales 31.4 Respiratoria 31.5 Progresión (dirección) 1=Ascendente 2=Descendente 3=Otra 31.6 Tiempo hasta la instalación completa: ____ días

32. **Características de la parálisis** 32.1 Miembro afectado 1=Si 2=No 99=Desconocido 32.2 Localización 1=Proximal 2=Distal 3=Ambos 32.3 Reflejos 1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido 32.4 Sensibilidad

32.1.1. Brazo derecho 32.1.2. Brazo izquierdo 32.1.3. Pierna derecha 32.1.4. Pierna izquierda

33. **Signos y síntomas:** 33.1 Dolores musculares 33.2 Signos meníngeos

34. Hospitalización: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 34.1 Establecimiento: _____ 34.2 Fecha admisión: ____/____/____ 34.3 Días de internación: _____ 34.4 N° Historia clínica: _____

35. Defunción: 1=Si 2=No 99=Desconocido Si es sí: 35.1 Lugar de defunción: _____ 35.2 Fecha defunción: ____/____/____ 35.3 Causa básica de defunción: _____

36. **Datos Epidemiológicos:** Marcar en cada casilla según corresponda: 1= Si 2= No 99= Desconocido
 36.1 Hubo contacto con otro caso de PFA dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? Fecha: ____/____/____
 36.2 Hubo algún caso confirmado de Poliomieltis en el área antes de este caso? Fecha: ____/____/____
 36.3 Viajó dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? 36.3.1 Dónde: _____ Fecha: ____/____/____
 36.4 Realizó seguimiento de contactos no vacunados dentro de los 30 días precedentes?
 36.5 Realizó evaluación a los 60 días? 36.5.1 Registrar fechas de seguimiento: Fecha: ____/____/____; Fecha: ____/____/____
 36.5.2 Parálisis residual? 36.5.3 Atrofia muscular? 36.5.4 EMG?: Fecha: ____/____/____; Resultado: _____
37. Nombre del Médico responsable: _____ 37.1 Reg. Prof. N°: _____

E) DATOS DE LABORATORIO

Aislamiento Viral						Diferenciación intra-atípica (ITD)						Discord. Resultados laboratorio 1.SI 2.NO		Resultado definitivo***
Fecha de toma de Muestra	Fecha de envío de muestra al Laboratorio	Nombre del Laboratorio	Fecha de Recepción	Nº ID Laboratorio	Resultado*	Fecha de Resultado	Fecha de envío al Laboratorio referente	Nombre de Laboratorio referente	Fecha de recepción Laboratorio referente	Resultado **	Fecha ITD			

*0.Negativo 1.P1 2.P2 3.P3 4.No polio enterovirus 5.Inadecuada 6.Otros virus
**0.Negativo 1.P1 Sabin 2.P2 Sabin 3.P3 Sabin 4.No polio enterovirus 5.Inadecuada 6.Otros virus
***Resultado oficial 7.P1 derivado a vac. 8.P2 derivado a vac. 9.P3 derivada vac 10.P1 salvaje 11.P2 salvaje 12.P3 salvaje

F) CLASIFICACIÓN FINAL

38. Fecha de clasificación final: ____/____/____

39. Clasificación final: 1=Confirmado Polio salvaje 2=Confirmado Polio derivado de la vacuna 3=Confirmado Polio asociado a la vacuna 4=Polio compatible 5=Descartado

40. Criterio para la clasificación: 1=Laboratorio 2=Perdido en el seguimiento 3=Defunción 4=Con parálisis residual 5=Sin parálisis residual

41. Si se descartó: Diagnóstico final 1=Guillain-Barré 2=Neuritis traumática 3=Mielitis transversa 4=Tumor 5=Otros 99=Desconocido