



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

FICHA DE INVESTIGACIÓN DE CASOS de PARÁLISIS AGUDA FLÁCCIDA EN MENORES DE 15 AÑOS

PF

Definición de caso Todo caso de parálisis aguda flácida: síndrome de Guillán Barré, poliomieltis, mielitis transversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineuritis, poliradículoneuropatías, etc.

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Año _____ Fecha de consulta: ____/____/____ N° de Caso _____
 Apellido y nombres: _____ HC N° _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

2. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Público Privado S.Social Otro
 Apellido y Nombre del Profesional: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____
 Vacuna SALK Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de la investigación: ____/____/____

Inmunodeficiencia Si No Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Sí					
No Sabe					

Parálisis

Semana Epidemiológica N° _____

Inicio ____/____/____ Fiebre Si No N/S

Días de instalación total de la parálisis _____

MIEMBRO	PARALISIS						REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*)					SENSIBILIDAD(*)				
	PROXIMAL			DISTAL												
	Sí	No	NS	Sí	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	ASIMÉTRICA	DESCONOCIDA

Compromiso de pares craneanos Si No N/S

Compromiso respiratorio Si No N/S

ARM Si No N/S

LCR Si No
____/____/____

Disociación albúmino /citológica Si No

Fecha



5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis

¿Dónde residió? Lugar _____ Fecha ____/____/____

¿Viajó? Si No Lugar _____ Fecha ____/____/____

En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si No

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo Si No N° de dosis _____ Fecha ____/____/____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Materia Fecal Si No

Fecha Muestra ____/____/____ Fecha Recepción del Laboratorio ____/____/____

Resultado: Enterovirus Adenovirus Polio Vacunal Salvaje Negativo

Otros _____ Fecha ____/____/____

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si No Fecha: ____/____/____

Parálisis Residual Si No N/S Atrofia Si No N/S EMG Si No

CLASIFICACIÓN FINAL

Fecha ____/____/____

Polio Compatible con Polio Relacionado con VOP

Descartado: G. Barré Neuritis Traumática Mielitis Transversa Tumor Otros

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico