

FICHA DE NOTIFICACIÓN

PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA - PFA

Sospecha de: Poliomiélitis Sx Guillán Barré Otro (especificar) _____

*Polineuritis, Mielitis Transversa, Meningoencefalitis, Polirradiculoneuropatías, Polineuritis tóxica (Organofosforados), Parálisis Discalemicas, 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 Poliomiélitis

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: _____ Tel. o cel. Nº: _____
 Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento de salud: _____
 Fecha de consulta: ____/____/____ Fecha de captación: ____/____/____ Fecha de notificación: ____/____/____
 Cómo conoció el caso: Consulta: _____ Laboratorio: _____ B.A. Institucional: _____ B.A. Comunitaria: _____ Rumores: _____ Otros: _____

2) DATOS DEL PACIENTE

2.1) DATOS PERSONALES

CI Nº o Código: _____ Nombre y apellido: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: F M Nacionalidad: _____

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Barrio o compañía: _____
 Dirección: _____ Referencia: _____
 Localidad: Urbana Rural Comunidad indígena Si No Etnia: _____

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: _____ Ocupación: _____
 Dirección del trabajo: _____
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: _____

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Si No
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) _____ Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) _____ N° de dosis: _____
 BOPV
 IPV
 Sin antecedente

4) DATOS CLÍNICOS

Antecedentes previos de SGB - PFA Sí No
Pródromos:
 Fiebre Parálisis: Fecha de inicio: ____/____/____
 Respiratorios Fiebre al inicio de la parálisis Miembro afectado Localización Reflejos Sensibilidad
 Gastrointestinales De pares craneales Brazo derecho
Signos y síntomas Respiratoria Brazo izquierdo
 Dolores musculares Progresión (dirección) Pierna derecha
 Signos meníngeos Tiempo hasta la instalación completa ____ días Pierna izquierda

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____ Establecimiento: _____ Fecha de admisión: ____/____/____
 Medicación recibida: _____ Dosis: _____ Fecha de inicio: _____
 Defunción: _____ Fecha de defunción: ____/____/____

6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hubo contacto con otro caso de PFA dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? Fecha: ____/____/____
 Hubo algún caso confirmado de Poliomiélitis en el área antes de este caso? Fecha: ____/____/____
 Viajó dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? 36.3.1 Dónde: _____ Fecha: ____/____/____
 Realizó seguimiento de contactos no vacunados dentro de los 30 días precedentes?
 Realizó evaluación a los 60 días? Si No Registrar fechas de seguimiento: Fecha: ____/____/____; Fecha: ____/____/____
 Parálisis residual? Atrofia muscular? MG?: Fecha: ____/____/____; Resultado: _____

7) DATOS DE LABORATORIO

Aislamiento viral

Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de muestra al Laboratorio	Nombre del Laboratorio	Fecha de Recepción	N° ID Laboratorio	Resultado*

*0.Negativo 1.P1 2.P2 3.P3 4.No polio enterovirus 5.Inadecuada 6.Otros virus
 **Resultado oficial

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final: 1=Confirmado Polio salvaje 1=Laboratorio
 2=Confirmado Polio derivado de la vacuna 2=Perdido en el seguimiento
 3=Confirmado Polio asociado a la vacuna 3=Defunción
 4=Polio compatible 4=Con parálisis residual
 5=Descartado 5=Sin parálisis residual
 Criterio para la clasificación Fecha de clasificación final: ____/____/____
 Si se descarta, diagnóstico final 1=Guillán-Barré
 2=Neuritis traumática
 3=Mielitis transversa
 4=Tumor
 5=Otros
 99=Desconocido