

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

\*Polineuritis, Mielitis Transversa, Meningoencefalitis, Polirradiculonuropatías, Polineuritis tóxica (Organofosforados), Parálisis Discalémicas, 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  1=Si  2=No  99=Desconocido  
31.4 Respiratoria  1=Ascendente  2=Descendente  3=Otra  
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  1=Si  2=No  99=Desconocido  
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		Resultado definitivo***
Fecha de toma de Muestra	Fecha de envío de muestra al Laboratorio	Nombre del Laboratorio	Fecha de Recepción	N° ID Laboratorio	Resultado*	Fecha de Resultado	Fecha de envío al Laboratorio referente	Nombre de Laboratorio referente	Fecha de recepción Laboratorio referente	Resultado **	Fecha ITD	1.SI	2.NO	

\*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 derivado a 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