

 	Ficha de Notificación e Investigación POLIO – PFA PAI - ISIS	PFA A80
--	---	--------------------------

Definición de caso: Toda persona menor de 15 años con parálisis flácida aguda, y para toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitís, sin antecedentes de trauma o Tumor u otra causa aparente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCION QUE NOTIFICA

País: _____	Nombre de la institución que notifica: _____
Departamento: _____ Municipio: _____	Teléfono de la institución que notifica: _____
Red de Salud _____	Notificado por: _____
Localidad/Barrio: _____	Fecha de Consulta: ____/____/____ Día Mes Año
Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	Fecha de Notificación Local: ____/____/____ Día Mes Año
5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido	Fecha de Investigación: ____/____/____ Día Mes Año
	Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ Día Mes Año
	Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/> 1=Público 2=Privado
	88=Otro, Especifique _____

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____	Nombre de la madre o responsable: _____
Dirección: _____	Teléfono: _____
Referencia para localizar la casa: _____	Ocupación del Paciente: _____
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Dirección del trabajo o escuela : _____
Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> 1=Masculino 2=Femenino	Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ Años Meses
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	
Referencia, croquis, para localizar la casa: _____	

III HISTORIA VACUNAL

Tipo de Vacuna*	Número de dosis **	Fecha de última dosis (Día Mes Año)	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(*) 1=VOP, 2=VIP, 99=Desconocido
(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido
(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS

PRÓDROMOS	PARÁLISIS	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA	REFLEJOS	SENSIBILIDAD
Fiebre : <input type="checkbox"/>	Fecha de Inicio: ____/____/____	1=Sí 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido
Respiratorio: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Fiebre al inicio de la parálisis: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Brazo Derecho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal: <input type="checkbox"/>	De Pares Craneales: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Respiratoria: <input type="checkbox"/>	Pierna Derecha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGNOS	PROGRESIÓN			
Dolores musculares: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	Dirección: <input type="checkbox"/> 1=Ascendente 2=Descendente 3=Otra	Si fue hospitalizado, nombre del Hospital: _____		
Signos Meníngeos: <input type="checkbox"/>	Días hasta la instalación de la parálisis completa: _____	Fecha de Hospitalización: ____/____/____ Exp. Clínico #: _____ Día Mes Año		
¿Defunción?: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	En caso afirmativo, fecha: ____/____/____ Día Mes Año	Causa básica de muerte: _____		

Comentarios: _____

V LABORATORIO

Muestra		Prueba de Laboratorio												
		Aislamiento viral						Diferenciación Intratípica (ITD)					Discor- dancia entre Nac.y Ref. 1=Si 2=No	Resultado Definitivo §
# Muestra	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab. que procesa la muestra	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab.	Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha Envío al Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab.Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)		
	__/__/__ __/__/__	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	_____ _____	__/__/__ __/__/__	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	_____

(†) 0=Negativo,4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus &NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus

(‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac, 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje,

(§) Resultado oficial

Comentarios: _____

Contactos* (Si es necesario)	Muestra	Nombre	Edad (AA/MM)	No. Dosis VOP	Fecha de última dosis	* Los contactos deben ser < 5 años de edad que no hayan sido vacunados dentro de los 30 días precedentes. Indique contactos adicionales en otra página.							
	Contacto1	_____	_____	_____	__/__/__								
	Contacto2	_____	_____	_____	__/__/__								
	Prueba de Laboratorio												
	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab.	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab		Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha envío al Lab Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab.Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)
	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	_____ _____	__/__/__ __/__/__	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	__/__/__ __/__/__	_____ _____	_____

(†) 0=Negativo,4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus &NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus

(‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac, 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje,

(§) Resultado oficial

Comentarios: _____

VI SEGUIMIENTO A LOS 60 DIAS

Fecha del Seguimiento a los 60 días: __/__/__ Día Mes Año	Parálisis Residual, compatible con polio a los 60 días: <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido	Atrofia: <input type="checkbox"/>	1=Sí 2=No 99=Desconocido
--	---	--------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

VII CONTROL

Fecha de vacunación de susceptibles o bloqueo: __/__/__ Día Mes Año	Población <5 años: _____	Total <5 años vacunados: _____
Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación: _____ Número de viviendas visitadas: _____		

VIII CLASIFICACION

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/> Fecha de Clasificación: __/__/__ Día Mes Año	1=Confirmado Polio Salvaje 2=Confirmado Polio Derivado de la Vacuna 3=Confirmado Polio Asociado a la Vacuna 4=Polio Compatible 5=Descartado	CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN: <input type="checkbox"/>	1=Laboratorio 2= Perdido al Seguimiento 3= Defunción 4= Con Parálisis Residual 5= Sin Parálisis Residual	SI SE DESCARTÓ, DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/>	1=Guillain-Barré 2=Neuritis Traumática 3=Mielitis Transversa 4=Tumor 99=Desconocido 88=Otros _____
---	---	---	--	--	---

IX INVESTIGADOR

Nombre del Investigador: _____	Firma _____	
Cargo: _____	Oficina: _____	Fecha: __/__/__ Día Mes Año
Comentarios: _____		