
 Estado Plurinacional de Bolivia Ministerio de Salud	 MINISTERIO de SALUD Programa Ampliado de Inmunización	Ficha de Notificación e Investigación POLIOMIELITIS / PFA	Código ISIS A ser llenado por el PAI Departamental ____/____/____
---	---	--	---

Definición de caso: Cualquier persona menor de 15 años de edad que presenta **parálisis flácida aguda** (reducción del tono y fuerza muscular en menos de 4 días) por cualquier razón, exceptuando los traumatismos graves o toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Diagnóstico Inicial <input type="checkbox"/> 1=PFA 2=Guillan Barré 99=Desconocido	
País Bolivia, Departamento _____ Establecimiento de salud que notifica _____	
Municipio _____ Teléfono del establecimiento que notifica _____	
Red/Gerencia de Salud _____ Notificado por _____ No. Tel _____	
Fecha de Consulta _____ / _____ / _____ Notificación Local _____ / _____ / _____ Visita Domiciliaria _____ / _____ / _____ Notificación Nacional _____ / _____ / _____	
Localidad/Barrio/Ciudad _____	
Detectado por <input type="checkbox"/> 1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido
Tipo de Sector de Institución que notifica <input type="checkbox"/> 1=Público 2=Privado 88=Otro (seguro, ONG, convenio) Especifique _____	

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Nombre y apellidos _____		Nombre de la madre o responsable _____	
Sexo <input type="checkbox"/> 1=Masculino 2=Femenino	Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____	Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad _____ Años _____ Meses _____	
Dirección actual _____		Dirección del trabajo o Unidad Educativa _____	
Nacionalidad _____		Ocupación _____	
Tipo de localidad <input type="checkbox"/> 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Ciudad _____	Teléfono _____	

Referencias para localizar el domicilio _____ _____	Croquis, para localizar la casa _____ _____
---	---

III. HISTORIA VACUNAL (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

Tipo de Vacuna	Número de dosis	Fecha de última dosis (Día Mes Año)	Fuente de información sobre la vacunación
<input type="checkbox"/> 1=VOP <input type="checkbox"/> 2=VIP <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	<input type="checkbox"/> 0=Cero dosis <input type="checkbox"/> 1=Una dosis <input type="checkbox"/> 2=Dos <input type="checkbox"/> 3=Tres <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	<input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> 1=Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/> 2=Registro en servicio de salud, <input type="checkbox"/> 3=Verbal

IV. DATOS CLÍNICOS (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

PRÓDROMOS	PARÁLISIS	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA	REFLEJOS	SENSIBILIDAD
Fiebre <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Fecha de Inicio _____ / _____ / _____	1=Si 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido
Respiratorio <input type="checkbox"/>	Fiebre al inicio de la parálisis <input type="checkbox"/> 1=Si 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=Si 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	Si fue hospitalizado, nombre del Hospital _____		
Dolores musculares <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Dirección <input type="checkbox"/> 1=Ascendente 2=Descendente 3=Otra	Fecha de Hospitalización _____ / _____ / _____ No.Histora. Clínica _____		
Signos Meníngeos <input type="checkbox"/>	Días hasta la instalación de la parálisis completa _____	Día Mes Año		
¿Defunción? <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	En caso afirmativo, fecha _____ / _____ / _____	Causa básica de muerte _____		

Comentarios

V LABORATORIO (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

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

(*) 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 (ES OBLIGATORIO Y NECESARIO REALIZAR SEGUIMIENTO AL PACIENTE)
(UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

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

VII MEDIDAS DE CONTROL

Fecha de vacunación de susceptibles o bloqueo	/ /	Población <5 años		Total <5 años vacunados	
Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación		Número de viviendas visitadas			

VIII CLASIFICACION (UTILIZAR LA CODIFICACIÓN PARA COMPLETAR TODOS LOS RECUADROS)

CLASIFICACIÓN FINAL <input type="checkbox"/>	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
Fecha de Clasificación	/ /				

NOTA:
Investigador:
Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____
Fecha de Investigación: / /
Comentarios: _____

IMPORTANTE

1. La ficha debe ser llenada completamente, con letra legible en imprenta, sin abreviaciones, tachaduras y borrones.
2. Los recuadros deben ser completados de acuerdo a la indicación de los asteriscos.
3. No olvidar que la ficha y la muestra deben ser enviadas de manera inmediata; y que se tiene un tiempo máximo de una semana para el envío de informes con respaldos desde el momento de la notificación.
4. Tomar la muestra en el primer contacto en cantidad suficiente (del tamaño de un dedo pulgar u 8gramos), colocar en un frasco herméticamente tapado con su respectiva identificación, que debe ser enviada al laboratorio en conservación (+2 a +8 grados Centígrados) asegurando un adecuado transporte según normativa vigente. Para garantizar la calidad de la muestra no tener falsos negativos o positivos.
5. Se debe enviar adjunto a la ficha fotocopia legible del esquema vacunal del caso, copia de la historia clínica con resultado de exámenes complementarios (si corresponde), boleta de referencia (si corresponde).
6. Realizar una adecuada investigación con entrevista a contactos, visita a la comunidad, búsqueda activa institucional y comunitaria, monitoreo rápido de coberturas.
7. El seguimiento de casos a los 60 días es de carácter obligatorio y debe ser registrado en la presente ficha.