

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA PROGRAMA NACIONAL DE DENGUE - CHIKUNGUNYA - ZIKA SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD - VE

Mº 000897

FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL PARA SÍNDROME DE GUILLAIN - BARRÉ

DATOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD				
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD/COMUNIDAD	ÁREA/DISTRITO	RED DE SALUD
eya tenido contacto sexual	para el virus Ziks, o que l	la a un área con presencia de yectore	da residencia o viaje recier	Paciente con antecedenti
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	TELÉFONO REFERENCIA DE ESTABLECIMIENTO	
1er 2do 3er				
DATOS GENERALES DE NOTIFICACIÓN				
Fecha de Notificación: Nombre y Apellidos de Médico Responsable: Día Mes Año				
Paciente llego a establecimento: Referido de Hospital Referido de Centro de Salud Atendido desde inicio en este Hospital				
Municipio/Localidad de Referencia: Establecimiento de Salud de Referencia:				
Paciente con discapacidad previa: NO SI Especificar tipo grado de discapacidad:				
DATOS GENERALES DEL PACIENTE				
Nombre y Apellidos: Documento de Identidad: Sexo: Masculino Femenino				
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Edad: Municipio/Localidad de Residencia:				
Fecha de inicio de parálisis: Día Mes Año Fecha de defunción: Día Mes Año Año				
Diagnóstico Etiológico de Síndrome de Guilliain - Barré				
Caso sospechoso de Zika: SI NO Caso confirmado de Zika: SI NO Caso infección Citomegalovirus: SI NO				
Caso Infección Campylobacter Sp. SI NO Caso Infección Enterovirus SI NO Otro tipo de patología (especificar) SI NO				
DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE				
Señalar si presenta alguna de la signo - sintomatología neurológica:				
Presencia de deficiencia motor	ra: SI NO	Disminución de	tono muscular: SI	NO
Disminución de fuerza muscular: SI NO Compromiso de musculatura respiratoria: SI NO				
Compromiso de musculatura cervical: SI NO Compromiso de musculatura facial: SI NO				
Otras (especificar):				
Señalar si durante las 2 últimas semanas presento alguna de la siguiente signo - sintomatología				
Exantema maculopapular Conjuntivitis no purulenta Fiebre Cefalea Artralgia Mialgia				
DATOS DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO				
Laboratorio positivo para Zika: SI NO Laboratorio solicitado:				
Diagnóstico de Ingreso: Diagnóstico de egreso o actual:				
Tratamiento: Inmunoterapia: Plasmaféresis				
			1000	
Nombre del Responsable del llenado de formulario: Fecha:				Firma y Sello