

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	9
	2 Agravado/doença observacao	3 Data da Notificação 1 5 0 2 2 0 2 2
	4 UF PI	5 Município de Notificação observacao
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) 25	7 Data dos Primeiros Sintomas 1 5 0 2 2 0 2 2
	8 Nome do Paciente observacao	9 Data de Nascimento 1 5 0 2 2 0 2 2
	10 (ou) Idade 2 5	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado
	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Notificação de Surto	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	15 Número do Cartão SUS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5
	16 Nome da mãe observacao	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito 1 5 0 2 2 0 2 2
	18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos 1 2 3 4 5	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar
Dados de Residência	20 UF PI	21 Município de Residência observacao
	22 Código (IBGE) 1 2 3 4 5 6	23 Distrito observacao
	24 Bairro observacao	25 Logradouro (rua, avenida,...) observacao
	26 Número 15485	27 Complemento (apto., casa, ...) observacao
Notificante	28 Geo campo 1 observacao	29 Geo campo 2 observacao
	30 Ponto de Referência observacao	31 CEP 6 4 0 0 0 0 0 0
	32 (DDD) Telefone 8 6 9 9 9 9 9 9 9 9	33 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
Município/Unidade de Saúde observacao		
Nome observacao		Assinatura observacao
Função observacao		
Notificação		Sinan NET SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01 Data da coleta da 1ª amostra da sorologia 1 5 0 2 2 0 2 2	02 Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra 1 5 0 2 2 0 2 2	03 Especificar tipo de exame : observacao
	04 óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	06 Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07 Data do início do exantema 1 5 0 2 2 0 2 2	08 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	09 Foi realizado líquido ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10 Resultado da bacterioscopia : observacao	
Notificação Surto	11 O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12 Data da última dose tomada 1 5 0 2 2 0 2 2	13 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	14 Data da hospitalização 1 5 0 2 2 0 2 2	15 UF PI	16 Município do hospital observacao
	17 Código (IBGE) 1 2 3 4 5 6	18 Nome do hospital observacao	19 Código 1 2 3 4 5 6
Local Prov. Infecção	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: observacao 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: observacao		
	19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: observacao UF: PI Município: observacao Distrito: observacao Bairro: observacao		

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

CASO SUSPEITO: Todo caso de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual	
	2 Agravado/doença	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		A 8 0. 9
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	P I	observacao	1 2 3 4 5 6
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	25	1 2 3 4 5 6	1 5 0 2 2 0 2 2
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	observacao	1 5 0 2 2 0 2 2	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante
2 5	9	9	13 Raça/Cor
14 Escolaridade	9		
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5	observacao		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	P I	observacao	1 2 3 4 5 6
	19 Distrito	observacao	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	observacao	observacao	1 2 3 4 5 6
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
15485	observacao	observacao	
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
observacao	observacao	6 4 0 0 0 0 0 0	
28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
8 6 9 9 9 9 9 9 9	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	observacao	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta	32 Data da Investigação	33 Tomou Vacina Contra Poliomielite	34 Número de doses válidas
	1 5 0 2 2 0 2 2	1 5 0 2 2 0 2 2	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	9 9
	35 Data da Última Dose da Vacina	36 Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora?	37 Se sim, País de origem	
1 5 0 2 2 0 2 2	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	observacao		

Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	39 Data Início da Def. Motora
	9 Febre 9 Diarréia 9 Dores Musculares 9 Sint. Respiratórios		1 5 0 2 2 0 2 2
	9 Vômitos 9 Obstipação 9 Cefaléia 9 Outros	observacao	
	40 Deficiência Motora	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	9 Aguda 9 Flácida 9 Assimétrica 9 Progressão Após 3 Dias 9 Ascendente 9 Descendente		
41 Força Muscular	1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado	42 Localização	1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro 9 - Ignorado
9 MIE 9 MSE 9 MID 9 MSD		9 MIE 9 MSE 9 MID 9 MSD	
43 Comprometimento de	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	44 Fase Aguda	45 Força Muscular
9 Musculatura Respiratória 9 Musculatura Cervical 9 Face		1 5 0 2 2 0 2 2	9 MIE 9 MSE 9 MID 9 MSD
46 Tônus Muscular	1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado	47 Sensibilidade	1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Parestesia 5 - Prejudicado 9 - Ignorado
9 MIE 9 MSE 9 MID 9 MSD 9 Musc. Cervical 9 Face		9 MIE 9 MSE 9 MID 9 MSD 9 Face	
48 Reflexos	1 - Diminuído 2 - Ausente 3 - Normal 4 - Aumentado 9 - Ignorado		
9 Aquileu E 9 Aquileu D 9 Patelar E 9 Patelar D 9 Bicipital E 9 Bicipital D 9 Tricipital E 9 Tricipital D			

Dados Clínicos (Cont.)	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="text" value="9"/> Flexão E <input type="text" value="9"/> Flexão D </div> <div> <input type="text" value="9"/> Extensão E <input type="text" value="9"/> Extensão D </div> </div>				50 Sinais de Irritação Meníngea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado <input type="text" value="9"/> Kernig <input type="text" value="9"/> Rigidez de Nuca <input type="text" value="9"/> Brudzinski																										
	51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="text" value="9"/>				52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) observacao																										
	53 História de Injeção Intramuscular <input type="text" value="9"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				54 Local de Aplicação <input type="text" value="9"/> 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D																										
Atendimento	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa) <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>				56 Ocorreu Hospitalização <input type="text" value="9"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado																										
	58 UF 59 Município do Hospital <input type="text" value="P"/> <input type="text" value="I"/> observacao				57 Data da Internação <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> Código (IBGE) <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>																										
Dados do Laboratório	60 Data da Coleta <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				61 Data do envio do Nível Local para o Estadual <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																										
	62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				63 Data do Recebimento no LRR <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																										
	64 Quantidade <input type="text" value="9"/> 1 - Suficiente 2 - Insuficiente				65 Condições <input type="text" value="9"/> 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada																										
	66 Data do Resultado <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				67 Resultado 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3 <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>																										
	68 Exames Complementares <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Líquor</th> </tr> <tr> <th>Data da Coleta</th> <th>Nº de Células/mm³</th> <th>Linfócitos %</th> <th>Proteínas mg%</th> <th>Glicose mg%</th> <th>Cloreto mg%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 / 02 / 2022</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> </tr> <tr> <td>15 / 02 / 2022</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> <td>observacao</td> </tr> </tbody> </table>								Líquor						Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%	15 / 02 / 2022	observacao	observacao	observacao	observacao	observacao	15 / 02 / 2022	observacao	observacao	observacao	observacao
Líquor																															
Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%																										
15 / 02 / 2022	observacao	observacao	observacao	observacao	observacao																										
15 / 02 / 2022	observacao	observacao	observacao	observacao	observacao																										
69 Data da Realização <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> 70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa) observacao																															
71 Coletado Material Anatomopatológico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="text" value="9"/> Cérebro <input type="text" value="9"/> Medula <input type="text" value="9"/> Intestino																															
72 Data da Coleta <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				73 Resultado <input type="text" value="9"/> 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite																											
Evolução do Caso (revisita)	74 Data da Revisita <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				75 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="text" value="9"/> MIE <input type="text" value="9"/> MSE <input type="text" value="9"/> MID <input type="text" value="9"/> MSD																										
	76 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="text" value="9"/> MIE <input type="text" value="9"/> MSE <input type="text" value="9"/> MID <input type="text" value="9"/> MSD <input type="text" value="9"/> Musc. Cervical <input type="text" value="9"/> Face				77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="text" value="9"/> Aquileu E <input type="text" value="9"/> Aquileu D <input type="text" value="9"/> Patelar E <input type="text" value="9"/> Patelar D <input type="text" value="9"/> Bicipital E <input type="text" value="9"/> Bicipital D <input type="text" value="9"/> Tricipital E <input type="text" value="9"/> Tricipital D																										
	78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="text" value="9"/> Flexão E <input type="text" value="9"/> Flexão D <input type="text" value="9"/> Extensão E <input type="text" value="9"/> Extensão D				79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado <input type="text" value="9"/> MIE <input type="text" value="9"/> MSE <input type="text" value="9"/> MID <input type="text" value="9"/> MSD																										
	80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado <input type="text" value="9"/> MIE <input type="text" value="9"/> MSE <input type="text" value="9"/> MID <input type="text" value="9"/> MSD <input type="text" value="9"/> Face																														
Conclusão	81 Data da Revisão <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>				82 Classificação Final <input type="text" value="9"/> 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV																										
	83 Critério de Classificação <input type="text" value="9"/> 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução				84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo) <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>																										
	85 Evolução <input type="text" value="9"/> 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado				86 Data do Óbito <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																										
87 Data do Encerramento <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>																															
Investigador	Município/Unidade de Saúde observacao				Cód. da Unid. de Saúde <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/>																										
	Nome observacao		Função observacao		Assinatura observacao																										