



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección General
de Epidemiología

FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA (P.F.A.)

Nro. ficha	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microred	Fecha notificación Red/Microred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE

1. REGISTRO:

Nº. de orden nacional: _____
 Departamento _____
 Provincia _____
 Distrito _____
 Localidad _____

2. DATOS PERSONALES

Nombre del paciente: _____
 Fecha nacimiento _____ Edad _____
 Padre _____ Madre _____
 Residencia permanente _____ Teléfono: _____
 Residencia provisional _____

3. CONOCIMIENTO DEL CASO

() Notificación () Búsqueda activa

PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez)

Institución/ Establecimiento de Salud _____
 Dirección _____ Teléfono _____

4. CUADRO CLINICO

Fecha inicio síntomas generales (pródromos) ____/____/____	Semana epidemiológica Nº _____ Si No Desc Tos () () () Fiebre () () () Estreñimiento () () () Vómitos () () () Diarrea () () () Signos Dolor muscular () () () Cefalea () () () Mening. () () () Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.	Fecha de la fiebre al inicio: ____/____/____ Fecha de la deficiencia motora: ____/____/____ Nº días con parálisis (o tiempo en que parálisis se instaló totalmente): _____ Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta() Si No IGN Paresia () () () Parálisis () () () Pares craneal. () () () Flacidez () () () Súbita () () () Asimetría () () () Sensibilidad () () () Parestesia () () () Babinski () () () Localización parálisis : SI NO IGN Prox Dist.	Fecha de examen físico: Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____ Fuerza muscular <table border="1"> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td>() () () () ()</td> </tr> </table> Tono muscular <table border="1"> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td>() () () () ()</td> </tr> <tr> <td>Músculos cervicales</td> <td>() () () () ()</td> </tr> </table> Reflejos <table border="1"> <tr> <td>DIM AUS NORM IGN</td> </tr> </table>	Miembro superior izquierdo	() () () () ()	Miembro superior derecho	() () () () ()	Miembro inferior izquierdo	() () () () ()	Miembro inferior derecho	() () () () ()	Miembro superior izquierdo	() () () () ()	Miembro superior derecho	() () () () ()	Miembro inferior izquierdo	() () () () ()	Miembro inferior derecho	() () () () ()	Músculos cervicales	() () () () ()	DIM AUS NORM IGN
Miembro superior izquierdo	() () () () ()																					
Miembro superior derecho	() () () () ()																					
Miembro inferior izquierdo	() () () () ()																					
Miembro inferior derecho	() () () () ()																					
Miembro superior izquierdo	() () () () ()																					
Miembro superior derecho	() () () () ()																					
Miembro inferior izquierdo	() () () () ()																					
Miembro inferior derecho	() () () () ()																					
Músculos cervicales	() () () () ()																					
DIM AUS NORM IGN																						

	MSI () () () () ()	Miembro superior izquierdo () () () ()	
	MSD () () () () ()	Miembro superior derecho () () () ()	
	MII () () () () ()	Miembro inferior izquierdo () () () ()	
	MID () () () () ()	Miembro inferior derecho () () () ()	
	SI NO		
	Múscul.respiratorios () ()	Signos irritación meníngea	
	Múscul. cervicales () ()	Rigidez de nuca ()	()
	Otros: Cara lado (Der) (Izq)	Kerning ()	()
		Brudzinski ()	()
		Lasegue ()	()

5. HOSPITALIZACION: SI _____ NO _____ Fecha de internamiento _____ / _____ / _____ Hospital: _____
 Servicio _____ Nº Historia clínica: _____ Nº Cama _____ Ciudad: _____

6. FALLECIDO: Si () No () Fecha _____ / _____ / _____ Causa _____
 Informe necropsia _____

7. ANTECEDENTES DE VACUNA ANTIPOLOIO

Vacunado SI () NO () IGN () Nº dosis recibidas () Verificada con carné SI () NO () Fecha ultima dosis recibida _____
 Establecimiento donde fue vacunado _____ Dirección _____ Ciudad _____

8. DATOS DE LABORATORIO:

Muestra	Fecha obtención	Fecha de envío a INS	Fecha resultado Fio Cruz	Agente aislado	Observaciones
Heces 1	/ /	/ /	/ /		
Heces 2	/ /	/ /	/ /		

9. FUENTE PROBABLE DE INFECCION:

- (a) Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] A donde _____ [No]
 (b) Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora [Si] De donde _____ [No]
 (c) Existen otros casos semejantes en el área [Si] [No] [No sabe]

10. CADENA DE TRANSMISIÓN: Objetivo: Instrucciones: Identificar el caso primario, luego:

a) Tomar como referencia la fecha de inicio de parálisis del caso. b) Identificar los contactos individuales o de grupo que tuvo el caso 45 días antes y 45 días después del inicio de la parálisis. c) Enumerar en orden cronológico en la siguiente tabla. d) Programar el seguimiento de los contactos asintomáticos hasta por 60 días a partir de su captación, para los que inician parálisis se apertura nuevas ficha.

Nombre	Edad	Nº dosis recibida	Fecha última dosis	Fecha colecta heces	Fecha envío	Fecha resultado	Resultado aislamiento
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

11. ACCIONES DE CONTROL (Iniciar de inmediato cuando se presente UN caso probable)

Bloqueo Localidad (es) _____ Fecha inicio: _____	Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas) Nº casos hallados _____ Ingresan al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____
--	--

1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS			
12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS: Fecha programada Fecha que se realizó					30 días	60 días	90 días	180 días			
					/ /	/ /	/ /	/ /			
					/ /	/ /	/ /	/ /			
	EVALUACION DEL TROFISMO				EVALUACION DE REFLEJOS						
	Segmento corporal		30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal		30 días	60 días	90 días
Fuerza muscular	Miembro superior derecho					Miembro superior derecho					
	Miembro superior izquierdo					Miembro superior izquierdo					
	Miembro inferior derecho					Miembro inferior derecho					
	Miembro inferior izquierdo					Miembro inferior izquierdo					
	Cara					Babinski					
Tono muscular	Miembro superior derecho					Músculos respiratorios					
	Miembro superior izquierdo					Comentarios:					
	Miembro inferior derecho										
	Miembro inferior izquierdo										
	Cara										
Atrofia	Miembro superior derecho										
	Miembro superior izquierdo										
	Miembro inferior derecho										
	Miembro inferior izquierdo										
	Cervicales										
Sensibilidad											
13. EVALUACION FINAL DE SECUELAS: Fecha: ____/____/____											
TIPO DE SECUELA:		Ausente ()	LOCALIZACION:		MSI ()	Cara ()					
		Mínima ()			MSD ()	Músculos cervicales ()					
		Media ()			MII ()	Músculos respiratorios ()					
		Grave ()			MID ()						
14. ELECTROMIOGRAFIA: Realizado por: _____ en _____ Fecha: ____/____/____											
Conclusión:											
15. CLASIFICACION FINAL Polio salvaje () Polio derivado de la vacuna () Polio asociado a la vacuna () Polio compatible () Descartado () Especificar _____ Fecha de clasificación ____/____/____											
16. CRITERIOS PARA CLASIFICACION: Laboratorio () Defuncion () Con parálisis residual () Sin parálisis residual () Descartado ()											
17. SE HA DESCARTADO: SGB () Neuritis traumática () Mielitis transversa () Tumor () Desconocido () OTRO :Especificar _____											
18. INVESTIGADOR: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____											
Fecha: ____/____/____											
19. OBSERVACIONES											