

Definición de caso

Todo caso de parálisis aguda fláccida: síndrome de Guillain Barré, poliomielitis, mielitis transversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineuritis, poliradiculoneuropatías, etc.

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Año	Fecha de consulta:	/	/	Nº de Caso _____
Apellido y nombres:				HC Nº _____
Fecha de nacimiento	/	/	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DNI: _____
Domicilio actual:				Tel. propio o vecino: _____
Referencia de ubicación domicilio:				Localidad _____
Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Departamento _____	Provincia _____	

2. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____	Departamento: _____	Localidad: _____		
Establecimiento Notificante: _____	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	S.Social <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Apellido y Nombre del Profesional: _____	Fecha de Notificación: _____ / _____ / _____			
Tel.: _____	Fax: : _____	e-mail: _____		

3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis _____ / _____ / _____
Vacuna SALK	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	Nº de dosis _____	Fecha última dosis _____ / _____ / _____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de la investigación: _____ / _____ / _____

Inmunodeficiencia Si No Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Sí					
No Sabe					

Parálisis

Semana Epidemiológica Nº _____

Inicio _____ / _____ / _____ Fiebre Si No N/S Días de instalación total de la parálisis _____

MIEMBRO	PARALISIS						REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*)					SENSIBILIDAD(*)				
	PROXIMAL			DISTAL												
	Sí	No	NS	Sí	No	NS										
Brazo derecho							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo izquierdo							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna derecha							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna izquierda							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(*) N = Normal, H = Aumentado, D = Disminuido, A = Ausente, NS = No Sabe (Marcar lo que corresponda)

Progresión de la Parálisis

ASCENDENTE	DESCENDENTE	SIN PROGRESIÓN	SIMÉTRICA	ASIMÉTRICA	DESCONOCIDA

Compromiso de pares craneanos Si No N/S

Compromiso respiratorio Si No N/S

ARM Si No N/S

LCR Si No

Disociación albúmico/citológica Si No

Fecha _____ / _____ / _____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Possible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis

¿Dónde residió? Lugar _____ Fecha _____ / _____ / _____

¿Viajó? Si No Lugar _____ Fecha _____ / _____ / _____

En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si No

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Vacunación de bloqueo Si No Nº de dosis _____ Fecha _____ / _____ / _____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Materia Fecal Si No

Fecha Muestra _____ / _____ / _____ Fecha Recepción del Laboratorio _____ / _____ / _____

Resultado: Enterovirus Adenovirus Polio Vacunal Salvaje Negativo

Otros _____ Fecha _____ / _____ / _____

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si No Fecha: _____ / _____ / _____

Parálisis Residual Si No N/S Atrofia Si No N/S EMG Si No

CLASIFICACIÓN FINAL

Fecha _____ / _____ / _____

Polio <input type="checkbox"/>	Compatible con Polio <input type="checkbox"/>	Relacionado con VOP <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---	--

Descartado: G. Barré <input type="checkbox"/>	Neuritis Traumática <input type="checkbox"/>	Mielitis Transversa <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
---	--	--	--------------------------------	--------------------------------

Fecha _____ / _____ / _____

Firma y Sello Médico