

Definición de caso

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

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Año _____ Fecha de consulta: ____/____/____ N° de Caso _____
 Apellido y nombres: _____ HC N° _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

2. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Público ☐ Privado ☐ S.Social ☐ Otro ☐
 Apellido y Nombre del Profesional: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN Si ☐ No ☐ N/S ☐ N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____
 Vacuna SALK Si ☐ No ☐ N/S ☐ N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de la investigación: ____/____/____

Immunodeficiencia Si ☐ No ☐ Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Si					
No Sabe					

Parálisis

Semana Epidemiológica N° _____

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 albúmino/citológica Si ☐ No ☐

Fecha ____/____/____

5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible 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 poliomiélitis? Si ☐ No ☐

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Vacunación de bloqueo Si ☐ No ☐ N° 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