SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

Nº			

CΔ	SO	SI	ISP	FIT	<u>0</u> .

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiencia motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus

	s últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que resentem suspeita diagnóstica de poliomielite.								
	1 Tipo de Notificação 2 - Individual								
ø	2 Agravo/doença Código (CID10) 3 Data da Notificação								
rerai	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE A 8 0. 9								
Dados Gerais	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)								
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código Data dos Primeiros Sintomas								
	8 Nome do Paciente Data de Nascimento								
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 1 - Ignorado 1 - Ignora								
otificação	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 à 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								
Ž	Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe								
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito								
lência	20 Bairro 221 Logradouro (rua, avenida,) Código								
Dados de Residência	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1								
Dados o	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP								
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado								
	Dados Complementares do Caso								
entes Iógicos	31 Data da 1ª Consulta 32 Data da Investigação 33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 34 Número de doses válidas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1 - Si								
Antecedentes Enidemiológicos	35 Data da Última Dose da Vacina poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado								
	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Febre Diarréia Dores Musculares Sint. Respiratórios								
	Vômitos Obstipação Cefaléia Outros								
	40 Deficiência Motora								
nicos	Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado MIE MSE MID MSD MSD MIE MSE MID MSD								
Dados Clínicos	43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Musculatura Respiratória Musculatura Cervical Face								
	46 Tônus Muscular MIE								
	9-Ignorado 9-Ignorado 9-Ignorado 9-Ignorado 9-Ignorado								
	Aquileu E Aquileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tricipital E Tricipital D								
	PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009								

		2 - Não 9 - Ignorado	50 Sinais de Irritaç	_	anarada			
(Cont		Extensão E	T-Aus	ente 2-Presente 9-l ig Rigidez de	_	ski		
icos (Extensão D						
Dados Clínicos (Cont.)	Contato ou Ingestão de Substâncias 1 - Sim							
De	53 História de Injeção Intramuscular 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignora	54 Local de Aplica ado 1-MIE	ação 2-MSE 3-MID	4-MSD 5-Glúteo E	6-Glúteo D			
55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa) 56 Ocorreu Hospitalização Data da In						ternação		
Atendi- mento			1-Sim 2-Não 9	-Ignorado				
A	58 UF 59 Município do Hospital				Cóc	ligo (IBGE)		
	60 Data da Coleta 61	Data do envio do	Data do e	nvio do				
	Data da Coleta	Nível Local para o Esta	dual Nível Esta	nvio do adual para o LRR 				
	63 Data do Recebimento no LRR 64	63 Data do Recebimento no LRR 64 Quantidade 65 Condições 66 Data do Resultado						
		1 - Suficiente 2 - Insuficiente		eratura Adequada eratura Alterada		1111		
	67 Resultado			ratara / iitoraaa				
	1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 7 - Negativo 8- Não pólio				P3 Selvagem 2- PVDV2 13- P\	/DV3		
rio								
Dados do Laboratório	Exames Complementares		Líouan					
o Lab		10.1.0(1.1.1.3	Líquor	D 1 / 0/	0 0/	0, , , , ,		
los de	Data da Coleta N	l⁰ de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%		
Dac								
	Eletroneuromiografia [69] Data da Realização [70] Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)							
	71 Coletado Material Anatomopatológ	gico? 1 - Sim 2 - Não	72 Data da Coleta	73 Resul	tado	I		
	Cérebro Medula	ntestino 9 - Ignorado	 		ompatível com polic ão compatível com	— 1		
	74 Data da Revisita		Diminuída	Muscular MSE MID	MSD 2	-Diminuído -Ausente		
sita)		3-1	usenie <u></u>	sc. Cervical Face		-Normal - Aumentado		
(revi	77 Reflexos 1-Diminuído 2-A	orado	9	-Ignorado				
MID MSD 9-Ignorado 77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado Aquileu E Aquileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tricipital E 78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Flexão E Flexão D Extensão E Extensão D MIE MSE MID 90 Sepsibilidado 1 Diminuído 2 Ausento 3 Normal 4 Parestesia 5 Projudicada 9 Ignorado						Tricipital D		
						9 - Ignorado		
onlo	Flexão E Flexão D Extensão E Extensão D MIE MSE MID MSD							
百	80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado MIE MSE MID MSD Face							
	81 Data da Revisão	Classificação Final		83 Critér	io de Classificação			
		Confirmado Poliovírus Se Associado à vacina 4-De			orial 2-Clínico Ep e Seguimento 4-Ó	pidemiólogico		
usão	B4 Diagnóstico do Caso Descartado	85 Evolução		0.0.00				
Conclusão	(vide tabela em anexo)	1-Cura co	om sequela 2-Cura or PFA/Pólio 4-Óbito	a sem sequela	-lanorado			
	86 Data do Óbito 87 [Data do Encerramento	1	por dando dadda	, ignorado			
F	Município/Unidade de Saúde				Cód. c	da Unid. de Saúde		
igado								
Investigador	Nome	Fur	nção		Assina	atura		
	PFA/Poliomielite		n NET		l_svs	08/10/2009		