SES: (Periodicidade de notificação – Até 24 Horas) N°	
---	--

Campo de preenchimento do <u>enfermeiro</u>: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim ()Não

SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

CASO SUSPEITO: - 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 nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.				
<u></u>	1 Tipo de Notificação 2 - Individual			
Dados Gerais	2 Agravo/doença Código (CID10) PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE A 8 0. 9			
	Município de Notificação Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 1 - Ignorado 1 - I			
	Escolaridade O-Analfabeto 1-1º a 4º série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4º série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleta (antigo colegial ou 2º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe			
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito			
lência	20 Bairro Zin Logradouro (rua, avenida,) Código			
e Resid	22 Número 23 Complemento (apto., casa,) 24 Geo campo 1			
Dados de Residência	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP			
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 2 - Rural 30 País (se residente fora do Brasil) 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
Dados Complementares do Caso				
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta			
	35 Data da Última Dose da Vacina o Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Febre Diarréia Dores Musculares Sint. Respiratórios Vômitos Obstipação Cefaléia Outros Doutros			
Dados Clínicos	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	Aguda Flácida Assimétrica Progressão Após 3 Dias Ascendente Descendente			
	41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9 - Ignorado 42 Localização 1 - Distal 2 - Proximal 3 - Todo o membro 9 - Ignorado MIE MSE MID MSD MSD MIE MSE MID MSD			
	Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Musculatura Respiratória Musculatura Cervical Face Musculatura Respiratória Musculatura Cervical Face 44 Fase Aguda Data do Exame			
	46 Tônus Muscular			
	Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado			
	PFA/Poliomielite Sinan NET Bicipital E Bicipital D Tricipital E Tricipital D SVS 08/10/2009			

	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Sinais de Irritação Meníngea
Cont.)	Flexão E Extensão E 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado Figura B Rigidez de Nuca Brudzinski
icos (Flexao D Likerisao
Dados Clínicos (Cont.)	Contato ou Ingestão de Substâncias 1 - Sim Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim 52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 53 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 54 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 54 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 54 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 55 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 56 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 56 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 57 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 57 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 57 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha) 58 Caso Afirmativo apenas na ficha) 58 Caso Afirmativo apenas na ficha) 58 Caso Afirm
Da	53 História de Injeção Intramuscular 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D
Atendimento	55 Hipótese Diagnóstica 56 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 1 1 1 1 1 1 1 1
	58 UF 59 Município do Hospital Código (IBGE)
	Data do envio do Otalia da Coleta Data do envio do Nivel Local para o Estadual Otalia do envio do Otalia do envio do Nivel Local para o Estadual Otalia do envio do
	1 - Suficiente 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada
	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
Dados do Laboratório	68 Exames Complementares
Labor	Líquor
s do I	Data da Coleta Nº de Células/mm³ Linfócitos % Proteínas mg% Glicose mg% Cloreto mg%
Dado	
	Eletroneuromiografia [69] Data da Realização [70] Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)
	Diagnostico otigestivo de (tabela allexa)
	71 Coletado Material Anatomopatológico? 1 - Sim 2 - Não 2 - Não
	Cérebro Medula Intestino 9 - Ignorado 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite
	74 Data da Revisita 75 Força Muscular 1-Diminuída 1-Diminuída 2-Ausente
ita)	MIE MSE 2-Ausente MIE MSE MID MSD 3-Normal 3-Normal Musc Cervical Face 4- Aumentado
(revisita)	MID
Caso	Aquileu E Aquileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tricipital E Tricipital D
ão do	78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado
Evolução do Caso	Flexão E Flexão D Extensão E Extensão D MIE MSE MID MSD
ā	Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado MIE MSE MID Face
	81 Data da Revisão 82 Classificação Final 83 Critério de Classificação
ão	1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução
Conclusão	Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo) 85 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela
0	3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado 86 Data do Óbito 87 Data do Encerramento
Investigador	Município/Unidade de Saúde Cód. da Unid. de Saúde
	Nome Função Assinatura
	PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009