

FICHA DE NOTIFICACIÓN

PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA - PFA

Sospecha de: Poliomielitis  Sx Guillán Barré  Dtro  Especificar

\*Polineuritis, Mielitis Transversa, Meningoencefalitis, Polirradiculoneuropatías, Polineuritis tóxica (Organofosforados), Parálisis Discalcémicas, Parálisis Braquial Aguda, entre otros.

Caso sospechoso: Toda persona menor de 15 años, que presente parálisis flácida de inicio agudo que no sea causada por accidentes o cuando el profesional sospeche Poliomielitis

1) DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Tel. o cel. N°: \_\_\_\_\_  
 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento de salud: \_\_\_\_\_  
 Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de captación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cómo conoció el caso: Consulta: \_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_ B.A. Institucional: \_\_\_\_\_ B.A. Comunitaria: \_\_\_\_\_ Rumores: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

2) DATOS DEL PACIENTE

2.1) DATOS PERSONALES

CI N° o Código: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Nacionalidad: \_\_\_\_\_

2.2) DATOS DE RESIDENCIA

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Barrio o compañía: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Referencia: \_\_\_\_\_  
 Localidad: Urbana  Rural  Comunidad indígena  Si  No  Etnia: \_\_\_\_\_

2.3) DATOS GENERALES

Número de teléfono o celular: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Escuela, colegio u hogar: \_\_\_\_\_

3) DATOS DE VACUNACIÓN

Antecedentes de vacunación del caso: Si  o   
 Fuente (adjuntar copia de la tarjeta de vacunación) Tipo de vacuna (considerar la última dosis recibida) N° de dosis: \_\_\_\_\_  
 BOPV  IPV  Sin antecedente

4) DATOS CLÍNICOS

Antecedentes previos de SGB - PFA  1-Sí  2-No  99=Desconocido  
 Características de la parálisis  
 Pródromos: Fiebre  Parálisis: Fecha de inicio: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Respiratorios  Fiebre al inicio de la parálisis  Miembro afectado Localización Reflejos Sensibilidad  
 Gastrointestinales  De pares craneales  Brazo derecho     
**Signos y síntomas** Respiratoria  Brazo izquierdo     
 Dolores musculares  Progresión (dirección)  Pierna derecha     
 Signos meníngeos  Tiempo hasta la instalación completa \_\_\_\_ días  Pierna izquierda

5) DATOS DE HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado: \_\_\_\_\_ Región Sanitaria: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Medicación recibida: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_  
 Defunción: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6) DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Hubo contacto con otro caso de PFA dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hubo algún caso confirmado de Poliomielitis en el área antes de este caso? Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Viajó dentro de los 30 días previos al inicio de la parálisis? 36.3.1 Dónde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Realizó seguimiento de contactos no vacunados dentro de los 30 días precedentes?  
 Realizó evaluación a los 60 días? Si  No  Registrar fechas de seguimiento: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Parálisis residual?  Atrofia muscular?  EMG?: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; Resultado: \_\_\_\_\_

7) DATOS DE LABORATORIO

Aislamiento viral

Fecha de toma de muestra	Fecha de envío de muestra al Laboratorio	Nombre del Laboratorio	Fecha de Recepción	N° ID Laboratorio	Resultado*

\*0.Negativo 1.P1 2.P2 3.P3 4.No polio enterovirus 5.Inadecuada 6.Otros virus

7) CLASIFICACIÓN FINAL

Clasificación final:  1-Confirmado Polio salvaje  
 2-Confirmado Polio derivado de la vacuna  
 3-Confirmado Polio asociado a la vacuna  
 4-Polio compatible  
 5-Descartado  
 Criterio para la clasificación  1=Laboratorio  
 2=Perdido en el seguimiento  
 3=Retención  
 4=Con parálisis residual  
 5=Sin parálisis residual  
 Fecha de clasificación final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Si se descarto, diagnóstico final  1-Guillain-Barré  
 2-Neuritis traumática  
 3-Mielitis transversa  
 4-Tumor  
 5-Otros  
 99=Desconocido