

Hoja 1

Definición de caso: todo paciente menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda no traumática

## 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inmunodeficiencia Si  No  Especificar: \_\_\_\_\_

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Sí					
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hoja 2

**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 poliomielitis? 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 VQP <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 \_\_\_\_\_

**Enviar FICHA COMPLETA al Departamento Provincial de Inmunizaciones (Vacunatorio Central)**
**Virgen del Carmen de Cuyo 59, Ciudad de Mendoza. (entre San Martín y 9 de Julio)**
**TEL/FAX 0261- 4293594**
**e-mail: inmen@mendoza.gov.ar**