**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**
**Formulario de Notificación e Investigación de casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA)**
**y para el envío de muestras al laboratorio GORGAS.**

*Este formulario debe llenarse para todas toda persona menor de 15 años de edad que presente parálisis flácida aguda, por cualquier razón, excepto traumatismo grave, o toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.*

## I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

Diagnóstico inicial: ☐ **1=Parálisis flácida aguda 2=Síndrome de Guillaim Barré, 3=Mielitis Transversa, 4=Neuritis Traumática, 5=Tumor, 6=Otro, 7=Desconocido**

No. Caso: _____

Nombre de la institución que notifica: _____

Detectado por: ☐ **1=Consulta, 2=Laboratorio, 3=Búsqueda institucional, 4=Búsqueda de casos en la comunidad, 5=Investigación de Contacto, 6=Casos reportados en la comunidad, 88=Otros99=Desconocido**

Notificado por: _____

Fecha de Consulta: ____/____/____ (Día Mes Año) Fecha de Notificación Local: ____/____/____ (Día Mes Año)

Fecha de Notificación Regional: ____/____/____ (Día Mes Año)

Fecha de Notificación Nacional: ____/____/___ (Día Mes Año) Tipo de Sector de Institución que notifica ☐ **1=Público, 2=Privado, 88=Otro, Especifique** _____

## II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____

**Nombre de la madre o responsable:** _____

Cédula/Exp: _____ Región: _____ Distrito: _____ Corregimiento: _____ **Teléfono:** _____

Dirección del Paciente: _____

Referencia para localizar la casa: _____

**Ocupación del Paciente:** _____

Tipo de localidad: ☐ **1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural**

**Dirección del trabajo o escuela :** _____

Sexo del paciente: ☐ **1=Masculino 2=Femenino** Fecha de nacimiento: ____/____/____ (Día Mes Año) Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ (Años) _____ (Meses)

## III HISTORIA VACUNAL

| Tipo de Vacuna* | Número de dosis** | Fecha de última dosis | **Fuente de información sobre la vacunación †** |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____/_____/_____ | _____ |
| _____ | _____ | _____/_____/_____ | _____ |
| | | /_____/ | _____ |

(*) 1=Anti pólio oral (OPV) 2=Anti pólio intramuscular (IPV), 3=Contra influenza estacional o pandémica
(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido
(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

## IV DATOS CLÍNICOS

**PRODROMOS**

Fiebre Si☐ No☐ Desc.☐
Respiratorios Si☐ No☐ Desc.☐
Grastro Intestinales Si☐ No☐ Desc.☐
Antecedentes de SGB, PFA. Si☐ No☐ Desc☐

**PARALISIS FLACIDA AGUDA**

Fecha de inicio ___/___/_____
Fiebre Si☐ No☐ Desc☐
De pares craneales Si☐ No☐ Desc☐
Parálisis Respiratoria Si☐ No☐ Desc☐

**LOCALIZACION DE LA PARALISIS**

| | | | REFLEJOS | SENSIBILIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | | | 1= Aumentado, 2=Disminuido, 3=Ausente, 4=Normal 9=Desconocido | |
| Brazo Derecho Si☐ No☐ Desc.☐ | Proximal☐ Distal☐ Ambos☐ | | | |
| Brazo Izquierdo Si☐ No☐ Desc.☐ | Proximal☐ Distal☐ Ambos☐ | | | |
| Pierna Derecha Si☐ No☐ Desc.☐ | Proximal☐ Distal☐ Ambos☐ | | | |
| Pierna Izquierdo Si☐ No☐ Desc.☐ | Proximal☐ Distal☐ Ambos☐ | | | |

**SIGNOS**

Dolores Musculares Si☐ No☐ Desc.☐
Signos Meníngeos Si☐ No☐ Desc.☐

**PROGRESIÓN DE LA PARALISIS**

Dirección de la parálisis: Ascendente☐ Descendente☐ Otro☐

Número de días para instalación completa _____

Hospitalización Si☐ No☐ Desc.☐

Si fue hospitalizada, nombre del hospital: _____

Fecha de hospitalización: ____/____/_____

Defunción: Si☐ No☐ Desc.☐ En casos afirmativo, Fecha: ____/____/_____ Causa Básica de defunción: _____

OBSERVACIONES:

**Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social y Clínicas Privadas**
**Formulario de Notificación e Investigación de caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA)**
**y para el envío de muestras al laboratorio**

**Nombre del paciente:** _____ **Cédula/Exp:** _____

***V MUESTRAS Y ANÁLISIS DE LABORATORIO** *Tome una muestra apropiada para aislamiento viral. (Heces: menos de 15 días de iniciada la parálisis)*

| Número de muestra | Tipo de Muestra* | Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año) | Fecha de envío de la muestra al Lab. (Día/Mes/Año) | Nombre de Lab | Fecha de Recepción (Día/Mes/Año) | Resultado(†) | Fecha de Resultado (Día/Mes/Año) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | ___/___/___ | ___/___/___ | | ___/___/___ | | ___/___/___ |
| 02 | | ___/___/___ | ___/___/___ | | ___/___/___ | | ___/___/___ |
| | | ___/___/___ | ___/___/___ | | ___/___/___ | | ___/___/___ |
| | | /___/ | /___/ | | /___/ | | /___/ |

**(*) 1=Heces, 2= Líquido céfalo raquídeo**
**(†) 0=Negativa, 1= P1, 2=P2, 3=P3, 4=No Polio Enterovirus, 5=Inadecuada y 6=Otros virus**

**VI CONTROL**

| | |
|---|---|
| ¿Hubo búsqueda activa de casos? ☐ **1= Sí 2=No 99=Desconocido** | Si es cierto, **Número de casos sospechosos encontrados durante búsqueda activa:**_____ |
| ¿Hubo vacunación de bloqueo? ☐ **1=Sí 2=No 99=Desconocido** | Si es cierto, Fecha de inicio : ___/___/___ (Día Mes Año) **Fecha Final:** ___/___/___ **(Día Mes Año)** |

**Número de dosis de vacunas contra polio durante la vacunación de bloqueo** :_____

| Grupo edad | Pob. encuestada | Pob. vacunada | % vacunados | Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación | Número de viviendas visitadas |
|---|---|---|---|---|---|
| < 5 años | | | | | |
| Total | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Viajó el paciente fuera de su estado o provincia de residencia en los 7-40 días antes del inicio de la PFA? ☐ **1=Sí 2=No 99=Desconocido** | Ciudades/Países | Fecha de entrada (Día/Mes/Año) | **Fecha de salida (Día/Mes/Año)** |
| Si viajó: | _____ | ___/___/___ | ___/___/___ |
| | _____ | ___/___/___ | ___/___/___ |

**VII SEGUIMIENTO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Seguimiento a los 60 días: Fecha: _____/_____/_____ | | Parálisis residual compatible con polio a los 60 días: Si ☐ No ☐ Desc. ☐<br>Atrofia Si ☐ No ☐ Desc. ☐ | |
| **CLASIFICACIÒN FINAL** | | **CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN** | **SI SE HA DESCARTADO** |
| Fecha de Clasificación: _____/_____/_____ | | ☐ Laboratorio<br>☐ Nexo PAI<br>☐ Perdido al Seguimiento | ☐ Defunción<br>☐ Con parálisis residual<br>☐ Sin parálisis residual | ☐ Guillain-Barré<br>☐ Neuritis traumática<br>☐ Mielitis transversa | ☐ Tumor<br>☐ Desconocido<br>☐ Otro<br>_____ |
| ☐ Polio salvaje<br>☐ Polio derivado de la vacuna<br>☐ Polio asociado a la vacuna | ☐ Polio compatible<br>☐ Descartado | | | | |

**OBSERVACIÓNES**

**INVESTIGADOR**

| | |
|---|---|
| Nombre del investigador: | Firma:_____ |
| Cargo | Instalación:_____ Fecha:_____/_____/_____ |
| Observaciones | |