

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

Definição de caso:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência 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.

DADOS GERAIS	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Agravo/doença PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		Código (CID10) A80.9	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	7 Data dos primeiros sintomas	
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	8 Nome do Paciente					9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1-Hora 2-Dia 3-Mês 4-Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena	
	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 a 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					Etnia 1- Tupiniquim 2- Guarani 9- ignorado	
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
	PcD (pessoa com deficiência) 1- sim 2- não		Pessoa em situação de rua 1- sim 2- não		CPF do paciente	Nacionalidade	
	Passaporte				Orientação sexual 1- Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4- Pansexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		
DADOS DE RESIDÊNCIA	17 UF	18 Município de Residência			Código (IBGE)	19 DISTRITO	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone ()		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Unidade de Saúde de Referência						

Dados complementares do caso

ANTECEDENTES	31 Data da 1ª Consulta		32 Data da Investigação		33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34 Número de doses válidas	
	35 Data da Última Dose da Vacina		36 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			37 Se sim, País de origem		
DADOS CLÍNICOS	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros _____					39 Data Início da Def. Motora		
	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente							
	41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD				42 Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			
	43 Comprometimento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face				44 Fase Aguda Data do Exame		45 Força Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	

DADOS CLÍNICOS	46 Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face		1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado		47 Sensibilidade <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado	
	48 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D					
	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão D			50 Sinais de Irritação Meníngea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Kernig <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Brudzinski		
	51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não 9 - Ignorado			52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)		
	53 História de Injeção Intramuscular 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		54 Local de Aplicação 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D <input type="checkbox"/>			
ATENDIMENTO	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)		56 Ocorreu Hospitalização <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		57 Data da Internação	
	58 UF	59 Município do Hospital				Código (IBGE)
	60 Data da Coleta		61 Data do envio do Nível Local para o Estadual		62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR	
63 Data do Recebimento no LRR		64 Quantidade <input type="checkbox"/> 1 - Suficiente 2 - Insuficiente		65 Condições <input type="checkbox"/> 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada		
66 Data do Resultado						
67 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						
68 Exames Complementares						
Líquor						
Data da coleta		Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
Eletroneuromiografia						
69 Data da Realização		70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)				
71 Coletado Material Anatomopatológico? <input type="checkbox"/> Cérebro <input type="checkbox"/> Medula <input type="checkbox"/> Intestino 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		72 Data da Coleta		73 Resultado 1 - Compatível com poliomielite <input type="checkbox"/> 2 - Não compatível com poliomielite		
74 Data da Revisita		75 Força Muscular 1-Diminuída <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE 2-Ausente <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 3-Normal 9-Ignorado		76 Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 1-Diminuído 2-Ausente <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado		
77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D						
78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Extensão D			79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD			
80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face						
81 Data da Revisão		82 Classificação Final 1-Confirmado Poliovírus Selvagem <input type="checkbox"/> 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV		83 Critério de Classificação 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico <input type="checkbox"/> 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução		
CONCLUSÃO						

CONCLUSÃO	84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)	85 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas <input type="checkbox"/>	
	86 Data do Óbito	87 Data do Encerramento	
INVESTIGADOR	OBSERVAÇÃO		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
Nome	Função	Assinatura	