

## 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 <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>		Código (CID10) <b>A80.9</b>	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 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorada <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		

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

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