

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO – E-SUS/VS

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO: é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no E-SUS.
CAMPO ESSENCIAL: é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

1. N.º - o sistema gera de forma automática o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso, **CAMPO CHAVE**
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo E-SUS/VS (CID 10) que está sendo notificado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
- *QUANDO COLOCAR O CNS ou CPF, NO CAMPO “BUSCA PELO CNS/CPF”, O SISTEMA IRÁ PUXAR TODAS AS INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS (NOME, DATA DE NASCIMENTO, SEXO, N° CARTÃO DO SUS, CPF DO PACIENTE E NOME DA MÃE), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

10. Ao preenchimento da data de nascimento, o sistema automaticamente, calcula a idade do paciente.

11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

12. Preencher, quando sexo F = feminino, quando gestante, com a idade gestacional da paciente, (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.** Ao se preencher com a resposta sexo masculino o sistema automaticamente responde este campo com o item 6 não se aplica.

13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreende-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena. Considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia o campo etnia será liberado, preencher qual tribo (1= Tupiniquim; 2= Guarani; 9= Ignorado) **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

- PcD (Pessoa com Deficiência), 1=Sim; 2= Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

Pessoa em situação de rua, 1= Sim; 2=Não, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

14. Escolaridade: Preencher com a série e grau que o paciente está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação, 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 ou 10= Não se aplica, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

- CPF (Cadastro de Pessoa Física), Preencher com o número do **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a nacionalidade do paciente, quando nacionalidade estrangeira, o campo passaporte será aberto, preencher com o número do passaporte, **AMBOS, CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Orientação sexual: preencher a orientação sexual do paciente, 1= Heterossexual; 2= homossexual; 3= Bissexual; 4= Pansexual; 8= não se aplica; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando residente no Brasil.**

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente, **CAMPO ESSENCIAL.**

20. Anotar o nome do bairro de residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

21. Anotar o logradouro tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo do logradouro de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

22. Anotar o número da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, referência, etc.), **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

*Caso o endereço não for encontrado, preencher “Endereço não encontrado ou não é do Espírito Santo” com TODAS as informações fornecidas pelo paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Preencher a Unidade de Saúde de referência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).

25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.

26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João). **CAMPO ESSENCIAL**

27. Anotar o CEP (código de endereçamento postal) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.) da residência do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

28. Anotar DDD e telefone do paciente, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

-EMAIL: Preencher o e-mail do paciente.

29. Zona de residência do paciente, 1= área urbana; 2= área rural; 3= área periurbana; 9= Ignorado, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

30. Anotar o nome do país de residência, quando o paciente notificado residir em outro país **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

31. Informar a data da 1ª Consulta. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA**

32. Informar a data de início da investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

33. Informar se tomou ou não vacina contra poliomielite. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

34. Informar o número de doses válidas (são consideradas doses válidas, quando ocorre intervalo mínimo de 30 dias entre uma dose e outra). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 33= 1- Sim.**

35. Informar a data da última dose da vacina contra poliomielite. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 33= 1- Sim.**

36. Informar se o paciente viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

37. Se afirmativo, informar o País. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 36= 1- Sim.**

38. Informar quais os sinais e sintomas: febre, diarreia, dores musculares, sint. respiratórios, vômitos, obstipação, cefaléia, outros (especificar) apresentados pelo paciente. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

39. Informar a data de início da deficiência motora em qualquer um dos membros. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

40. Informar os campos correspondentes às características da deficiência motora: Aguda, Flácida, Assimétrica, Progressão após 3 dias, Ascendente, Descendente, apresentada pelo paciente. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

41. Informar a condição da força no membro (MIE, MSE, MID, MSD) afetado (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

42. Informar a localização da deficiência motora no membro (MIE, MSE, MID, MSD) afetado. (1= Distal, 2= Proximal, 3= Todo o membro ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

43. Informar se houve comprometimento da musculatura respiratória, musculatura cervical e/ou da face. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

44. Informar a data de realização do exame físico nos primeiros 15 dias da instalação do quadro clínico de deficiência motora. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

45. Informar a força muscular de MIE, MSE, MID, MSD com as opções 1- Diminuída, 2- Ausente, 3- Normal, 9- Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46. Informar o tônus muscular de MIE, MSE, MID, MSD com as opções 1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

47. Caracterizar a sensibilidade de MIE, MSE, MID, MSD, Face com as opções 1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Parestesia, 5= Prejudicado ou 9= Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

48. Informar se os reflexos aquileu E, aquileu D, patelar E, patelar D, bicipital E, Bicipital D, tricipital E, tricipital D com as opções 1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Aumentado ou 9= Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

49. Informar a presença ou não do reflexo cutâneo plantar em Flexão E, Flexão D, Extensão E, Extensão D com as opções 1=Sim, 2= Não ou 9= Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

50. Informar a presença ou não de sinais de irritação meníngea do tipo Kernig, Rigidex de Nuca, Brudzinski com as opções 1= Ausente, 2= Presente ou 9= Ignorado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

51. Informar se o paciente teve ou não contato ou ingestão de substâncias tóxicas (agrotóxicos, chumbo, mercúrio, medicamentos) nos 15 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

52. Em caso da resposta afirmativa ao item 51, especificar a substância tóxica no campo apropriado. **CAMPO ESSENCIAL.**

53. Informar a história de injeção intramuscular. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

54. Informar o local da aplicação com uma das opções: 1- MIE, 2- MSE, 3- MID, 4- MSD, 5- Glúteo E, 9- Glúteo D). **CAMPO ESSENCIAL.**

55. Informar a Hipótese Diagnóstica do caso, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** conforme tabela anexa.

56. Informar se o paciente foi hospitalizado. (1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

57. Informar a data da internação hospitalar do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**

58. Informar a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex. MG). **CAMPO ESSENCIAL.**

59. Informar o nome do município onde o paciente foi internado. **CAMPO ESSENCIAL.**

60. Informar a data da coleta da amostra de fezes **CAMPO ESSENCIAL.**

61. Informar a data do envio da amostra de fezes do nível local para o nível estadual. **CAMPO ESSENCIAL.**

62. Informar a data do envio da amostra de fezes do nível estadual para o Laboratório de Referência. **CAMPO ESSENCIAL.**

63. Informar a data do recebimento da amostra de fezes - pelo Laboratório de Referência. **CAMPO ESSENCIAL.**

64. Informar se a quantidade de amostra de fezes recebida pelo Laboratório de Referência foi 1- suficiente ou 2- insuficiente. **CAMPO ESSENCIAL.**

65. Informar as condições de temperatura da amostra de fezes recebida pelo Laboratório de Referência. (1- Temperatura Adequada, 2- Temperatura Alterada) **CAMPO ESSENCIAL.**

66. Informar a data do resultado do exame da amostra de fezes realizado pelo Laboratório de Referência. **CAMPO ESSENCIAL.**

67. Informar o resultado do exame da amostra de fezes (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) **CAMPO ESSENCIAL.**

68. Exames Complementares : Informar a data da coleta do líquido, o número de células isoladas, o número absoluto ou percentual de linfócitos, proteínas, glicose e cloreto. (Obs: Há disponibilidade de registro de coleta e resultado de

Líquor para dois exames, ou seja, caso o paciente tenha colhido líquido por duas vezes) **CAMPO ESSENCIAL.**

69. Informar a data da realização da eletroneuromiografia (ENMG). **CAMPO ESSENCIAL.**

70. Informar o diagnóstico sugestivo apresentado pela ENMG **CAMPO ESSENCIAL:**

- 1- Comprometimento de junção neuromuscular,
- 2- Comprometimento do neurônio motor inferior,
- 3- Lesão do nervo periférico: ciático,
- 4- Lesão do nervo periférico: plexo-braquial,
- 5- Neuropatia periférica axonal sensitivo-motora,
- 6- Neuropatia periférica axonal motora,
- 7- Neuropatia periférica desmielinizante sensitivo-motora,
- 8- Neuropatia periférica desmielinizante motora,
- 9- Miopatia,
- 10-Radiculopatia,
- 11-Outros.

71. Informar se houve ou não coleta de material (Cérebro, Medula, Intestino) para exame anatomopatológico. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

72. Informar a data de coleta do material para exame anatomopatológico. **CAMPO ESSENCIAL.**

73. Informar se o resultado do exame anatomopatológico é 1- compatível com poliomielite ou 2- não compatível com poliomielite. **CAMPO ESSENCIAL.**

74. Informar a data da revisita - reavaliação neurológica (avaliação neurológica após 60 dias do Déficit Motor). **CAMPO ESSENCIAL.**

75. Informar a condição de força muscular (MIE, MSE, MID, MSD) dos membros superiores e inferiores. (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

76. Informar o tônus muscular (MIE, MSE, MID, MSD, Musc. Cervical, Face). (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal, 4= Aumentado ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

77. Informar os reflexos (Aquileu E, Aquileu D, Patelar E, Patelar D, Bicipital E, Bicipital D, Tricipital E, Tricipital D). (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Aumentado). **CAMPO ESSENCIAL.**

78. Informar a presença ou não do reflexo cutâneo plantar (Flexão E, Flexão D, Extensão E, Extensão D) (1=Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

79. Informar a presença ou não de atrofia de membros (MIE, MSE, MID, MSD). (1= Presente, 2= Ausente ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

80. Caracterizar a sensibilidade (MIE, MSE, MID, MSD, Face). (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal, 4= Parestesia, 5= Prejudicada ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

81. Informar a data da revisão neurológica. **CAMPO ESSENCIAL.**

82. Informar a classificação final do caso (1= Confirmado Poliovírus Selvagem, 2= Compatível, 3= Associado à vacina, 4= Descartado ou 5= Confirmado PVDV, 6= Em investigação). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

83. Informar o critério de classificação (1= Laboratorial, 2= Clínico Epidemiológico, 3= Perda de Seguimento, 4 Óbito ou 5= Evolução). **CAMPO ESSENCIAL.**

84. Informar o diagnóstico de descarte final (conforme tabela em anexo). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 82= 4- Descartado.**

85. Informar a evolução do caso, (1= Cura com seqüela, 2= Cura sem seqüela, 3= Óbito por PFA/Pólio, 4= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

86. Informar a data do óbito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando o campo 85= 3- Óbito por PFA/Pólio ou 4- Óbito por outras causas.**

87. Informar a data de encerramento da investigação do caso, **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, salvo se o campo 82= 6- Em investigação.**

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.

TABELA 1:

DIAGNÓSTICO	CID 10
Poliomielite aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I 64
Amiotrofia nevrálgica	G12.2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83.0
Encefalite aguda disseminada	G84.0

Encefalite seguida a processos de imunização	G84.0
Encefalites, mielites e encefalomiérites não especificada	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificada	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57.0
Meningoencefalite e meningomiérite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Outras encefalites, mielites e encefalomiérites	G04.8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificada	G56.9
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomiérites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Miopatia, não especificada	G72.9
Mononeuropatia, não especificada	G58.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11.9
Traumatismo não especificado de membro inferior nível não especificado	T13.9
Outros transtornos do sistema nervoso (síndrome neurológica à esclarecer).	G98
Paralisia Flácida à esclarecer	PFAE