

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

CASO SUSPEITO: Todo caso de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE	Código (CID10) 3 Data da Notificação A 8 0. 9
	4 UF 5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código
	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	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 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 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 9- Ignorado
Dados de Residência	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	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe
	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 1
	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)	

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação	32 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	33 Número de doses válidas	34 Data da Última Dose da Vacina
	35 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	36 Se sim, País de origem		
Dados Clínicos	37 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Febre ☐ Diarréia ☐ Dores Musculares ☐ Sint. Respiratórios ☐ Vômitos ☐ Obstipação ☐ Cefaléia ☐ Outros			38 Data Início da Def. Motora
	39 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Aguda ☐ Flácida ☐ Assimétrica ☐ Progressão Após 3 Dias ☐ Ascendente ☐ Descendente			
	40 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD		41 Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD	
	42 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Musculatura Respiratória ☐ Musculatura Cervical ☐ Face		43 Fase Aguda Data do Exame	
	44 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD			
	45 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Musc. Cervical ☐ Face			
46 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Face				
47 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado ☐ Aquileu E ☐ Aquileu D ☐ Patelar E ☐ Patelar D ☐ Bicipital E ☐ Bicipital D ☐ Tricipital E ☐ Tricipital D				

Dados Clínicos (Cont.)	48 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Flexão E ☐ Extensão E ☐ Flexão D ☐ Extensão D		49 Sinais de Irritação Meníngea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado ☐ Kernig ☐ Rigidez de Nuca ☐ Brudzinski																								
	50 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐		51 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)																								
	52 História de Injeção Intramuscular ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Local de Aplicação ☐ 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D																								
Atendimento	54 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)		55 Ocorreu Hospitalização ☐ 1-Sim 2-Não 9-Ignorado																								
	57 UF 58 Município do Hospital		56 Data da Internação Código (IBGE)																								
Dados do Laboratório	59 Data da Coleta		60 Data do envio do Nível Local para o Estadual																								
	61 Data do envio do Nível Estadual para o LRR		62 Data do Recebimento no LRR																								
	63 Quantidade 1 - Suficiente 2 - Insuficiente ☐		64 Condições 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada ☐																								
	65 Data do Resultado		66 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- Ignorado 11- Misturas 12- Vírus derivado da vacina ☐																								
	67 Exames Complementares																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Líquor</th> </tr> <tr> <th>Data da Coleta</th> <th>Nº de Células/mm³</th> <th>Linfócitos %</th> <th>Proteínas mg%</th> <th>Glicose mg%</th> <th>Cloreto mg%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Líquor						Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%	/ /						/ /				
Líquor																											
Data da Coleta	Nº de Células/mm ³	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%																						
/ /																											
/ /																											
Eletroneuromiografia 68 Data da Realização 69 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)																											
70 Coletado Material Anatomopatológico? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Cérebro ☐ Medula ☐ Intestino		71 Data da Coleta																									
		72 Resultado 1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite ☐																									
Evolução do Caso (revisita)	73 Data da Revisita		74 Força Muscular ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado																								
	75 Tônus Muscular ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado ☐ Musc. Cervical ☐ Face		76 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado ☐ Aquileu E ☐ Aquileu D ☐ Patelar E ☐ Patelar D ☐ Bicipital E ☐ Bicipital D ☐ Tricipital E ☐ Tricipital D																								
	77 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Flexão E ☐ Flexão D ☐ Extensão E ☐ Extensão D		78 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD																								
	79 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado ☐ MIE ☐ MSE ☐ MID ☐ MSD ☐ Face																										
Conclusão	80 Data da Revisão		81 Classificação Final 1-Confirmado 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado ☐																								
	82 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)		83 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado ☐																								
Investigador	84 Data do Óbito		85 Data do Encerramento																								
	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde																								
Nome		Função		Assinatura																							
PFA/Poliomielite		Sinan NET		SVS 08/06/2006																							