

ANEXO 1
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS
FICHA DE CASO

SEREMI DE SALUD: _____ Comuna de residencia del caso: _____

Datos Generales

Nombre: _____ Apellidos paterno _____ Apellido Materno _____

RUT _____ Sexo: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____

Dirección _____

Fecha inicio parálisis: _____ Fecha de hospitalización: _____

Fecha de Notificación: _____ Fecha de Investigación: _____

Antecedentes de Enfermedad de Síndrome Guillan Barre o alguna enfermedad de parálisis de presentación aguda _____ Cual _____

Antecedente de enfermedad infecciosa respiratoria o digestiva en las últimas 3 semanas _____

Especifique _____ Fecha de inicio de síntomas _____

Antecedente de Influenza en el último periodo _____ Fecha de inicio de síntomas _____

Nº Vacunas Polio _____ Fecha de Última Dosis: _____

Vacuna Estacional _____ Fecha de Última Dosis _____

Vacuna AH1N1 _____ Dosis de Vacuna AH1N1 _____ Fecha de Última Dosis _____

Marca de Vacuna _____ Lote _____

Establecimiento en el cual se la administró (Nombre) _____

Pródromo:

Fiebre: SI__ NO__ Signos Respiratorios: SI__ NO__

Signos Digestivos SI__ NO__ Signos meníngicos: SI__ NO__

Dolor Muscular: SI__ NO__ Fiebre al inicio de parálisis: SI__ NO__

Nº días de instalación: _____

Progresión: Ascendente SI__ NO__ Descendente SI__ NO__ No hay progresión__

Compromiso Pares Craneales: SI__ NO__ Compromiso Respiratorio: SI__ NO__

Características de la Parálisis, de Acuerdo al Miembro Afectado

	IZQUIERDO		CARACTERÍSTICA	DERECHO	
SUPERIOR	SI	NO	PARÁLISIS	SI	NO
	SI	NO	FLÁCCIDA	SI	NO
	SI	NO	Distribución Proximal	SI	NO
	SI	NO	Distribución Distal	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Normales	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Aumentados	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Disminuidos	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Ausentes	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Normal	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Aumentada	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Disminuida	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Ausente	SI	NO
INFERIOR	SI	NO	PARÁLISIS	SI	NO
	SI	NO	FLÁCCIDA	SI	NO
	SI	NO	Distribución Proximal	SI	NO
	SI	NO	Distribución Distal	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Normales	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Aumentados	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Disminuidos	SI	NO
	SI	NO	Reflejos Osteotendíneos Ausentes	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Normal	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Aumentada	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Disminuida	SI	NO
	SI	NO	Sensibilidad Ausente	SI	NO

Hipótesis diagnóstica: _____

Nombre Médico tratante: _____