

ANEXO 1

FICHA DE NOTIFICACION E INVESTIGACION PARALISIS FLÁCIDA AGUDA			
I. Identificación de la institución que notifica			
Nº Caso:	Región:	Provincia:	Comuna:
Institución que notifica:		Notificado por:	
Tipo de sector de institución: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro (cual) _____			
Fecha de Consulta: ___/___/___		Fecha Notificación Seremi: ___/___/___	
Fecha Notificación Minsal: ___/___/___		Fecha investigación: ___/___/___	
Detectado por: <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/> Búsqueda de casos en la comunidad			
Búsqueda institucional <input type="checkbox"/> Investigación de contactos <input type="checkbox"/> Casos reportados en la comunidad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido			
II. Información del paciente			
Nombres:		Apellidos:	
Rut:	Nacionalidad:	Teléfono:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Edad:
Dirección:		Comuna:	Región:
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural		Ocupación del paciente:	
III. Historia vacunal			
Tipo de vacuna contra Polio: <input type="checkbox"/> VPO <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Desconocido		Nº Dosis: ___	Fecha de última dosis: ___/___/___
Fuente de información sobre la vacuna: <input type="checkbox"/> Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/> Ficha clínica <input type="checkbox"/> Verbal			
Antecedente de vacuna influenza: <input type="checkbox"/> Ministerial <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otra		Cual:	
Marca de vacuna:	Lote:	Fecha de administración: ___/___/___	
Lugar donde fue administrada o adquirida:			
IV. Antecedentes de viajes			
Durante los últimos 2 meses, ha viajado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
País:		Ciudad:	
Fecha de entrada: ___/___/___		Fecha de salida: ___/___/___	
IV. Datos Clínicos			
Pródromos			
Fiebre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cuadro respiratorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cuadro gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de inicio de este cuadro: ___/___/___	
Ha presentado en otra ocasión SGB, PFA o neuropatía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Cual:		Fecha:	
Parálisis			
Fecha inicio: ___/___/___		Fiebre al inicio de parálisis: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Compromiso pares craneales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compromiso Respiratorio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Signos			
Dolores musculares: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Signos meníngeos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Progresión:			
Dirección: <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> Otra		Días hasta la instalación de Parálisis completa:	

Localización superior			Localización inferior		
Izquierdo		Derecho	Izquierdo		Derecho
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Parálisis	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Parálisis	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Flácida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Flácida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución proximal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución proximal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución distal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución distal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos normales	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos normales	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos aumentado	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos aumentado	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos disminuidos	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos disminuidos	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos ausentes	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos ausentes	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad normal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad normal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad aumentada	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad aumentada	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad disminuida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad disminuida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad ausente	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad ausente	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
Si fue hospitalizado, nombre del hospital			Fecha de hospitalización: __/__/__		
Defunción: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No			Fecha: __/__/__ Causa defunción:		
V. Laboratorio					
Fecha de toma de muestra: __/__/__		Fecha de envío de muestra: __/__/__		Fecha de recepción: __/__/__	
Muestra de laboratorio a los contactos (sólo en caso de confirmación de Poliovirus)					
Muestra	Nombre	Apellidos	Edad	Nºdosis VPO	Fecha ultima dosis
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
Fecha de toma de muestra		Fecha de recepción		Los contactos deben ser < de 5 años y no presenten antecedentes de administración de vacuna contra poliovirus dentro de los 30 días precedentes	
__/__/__		__/__/__			
__/__/__		__/__/__			
VI. Seguimiento a los 60 días					
Fecha de seguimiento: __/__/__		Parálisis residual compatible con polio: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No		Atrofia: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	
VII. Bloqueo (sólo en caso de confirmado por Poliovirus)					
Fecha de vacunación a susceptibles/bloqueo: __/__/__		Población < 5 años: __		Total de < 5 años vacunados: __	
Nº viviendas aproximado en la zona de vacunación: _____			Nº viviendas visitadas: _____		
VIII. Clasificación					
Clasificación final: <input type="checkbox"/> _Confirmado polio salvaje <input type="checkbox"/> _Confirmado polio derivado de la vacuna <input type="checkbox"/> _Polio compatible					
<input type="checkbox"/> _Confirmado polio asociado a la vacuna <input type="checkbox"/> _Descartado					
Criterio para la clasificación: <input type="checkbox"/> _Laboratorio <input type="checkbox"/> _Caso perdido <input type="checkbox"/> _Defunción <input type="checkbox"/> _Con parálisis residual <input type="checkbox"/> _Sin parálisis					
Si se descartó, diagnóstico: <input type="checkbox"/> _Guillain-Barré <input type="checkbox"/> _Neuritis traumática <input type="checkbox"/> _Mielitis transversa <input type="checkbox"/> _Tumor <input type="checkbox"/> _Desconocido					
IX. Investigador					
Nombre del investigador:		Cargo:		Fecha: __/__/__	
Comentarios:					