

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ HC Nº _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

2. DATOS CLINICOS

Fecha de comienzo de síntomas: ____/____/____ Fecha de hospitalización ____/____/____
 Fecha UTI ____/____/____
 Inmunodeficiencia Si No Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE INESPECIFICO	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	FIEBRE EXANTEMICO	OTRO
No						
Si						
No Sabe						

Progresión de la Parálisis

ASCENDENTE	DESCENDENTE	SIN PROGRESIÓN			

Compromiso de pares craneanos Si No N/S

Compromiso respiratorio Si No N/S

ARM Si No N/S

LCR Si No Disociación albúmino/citológica Si No Fecha ____/____/____

	Si	No	Desconocido
Síntomas/Signos			
Parestesias			
Dolor			
Paresias/ parálisis			
Compromiso pares craneales			
Compromiso sensibilidad superficial			
Compromiso sensibilidad profunda			
Alteración de reflejos osteotendinosos			

Antecedentes de evento obstétrico actual o en los últimos 45 días: No Si

Embarazada al inicio del SGB: No Si Desconocido

Puérpera al inicio del SGB: No Si

Nivel de certeza de diagnóstico de Síndrome de Guillain - Barré según criterios de Brishton

Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3

Clasificación de Eiben y Gerson de evolución (marque el que corresponda)

I: Compromiso motor inicial de miembros inferiores, con progresión al tronco, musculatura respiratoria, miembros superiores y pares craneales.	
II: Similar a la anterior, exceptuando el compromiso de pares craneales.	
III: compromiso motor estacionario de miembros inferiores o sin progresión.	
IV: Compromiso motor inicial en miembros inferiores y pares craneales sin comprometer el tronco ni la musculatura respiratoria.	
No aplica	

3. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis

¿Dónde residió? Lugar _____ Fecha ____/____/____

¿Viajó? Si No Lugar _____ Fecha ____/____/____

4. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si No Fecha: ____/____/____

Parálisis Residual Si No N/S Atrofia Si No N/S EMG Si No

Fecha ____/____/____

5. FUENTE DE NOTIFICACION

Establecimiento: _____ Fecha de notificación: ____/____/____

Dirección: _____ Tel/cel: _____ e-mail: _____

Apellido y nombre del notificador: _____

Firma y sello del médico: _____