

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
SÍNDROME DE GUILLAIN - BARRÉ ASOCIADO A ZIKA**B5****1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Sexo: ☐ M ☐ F DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Barrio: _____ Localidad: _____
☐ Urbano ☐ Rural Departamento: _____ Provincia: _____

2. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ____/____/____ Fecha de hospitalización: ____/____/____
Fecha de UTI: ____/____/____
Inmunodeficiencia: ☐ SI ☐ NO Especificar: _____
Muestra LCR: ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____ Disociación albúmino/citológica: ☐ SI ☐ NO

PRÓDROMOS	FIEBRE INESPECÍFICO	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENÍNGEOS	FIEBRE EXANTEMÁTICA	OTRO
Si						
No						
No sabe						

Progresión de parálisis:

ASCENDENTE	DESCENDENTE	SIN PROGRESIÓN

Compromiso de pares craneanos ☐ SI ☐ NO ☐ N/S
Compromiso respiratorio ☐ SI ☐ NO ☐ N/S
ARM ☐ SI ☐ NO ☐ N/S

	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: ☐ SI ☐ NOEmbarazada al inicio del SGB: ☐ SI ☐ NO ☐ N/SPuerpera al inicio del SGB: ☐ SI ☐ NO

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

☐ Nivel 1 ☐ Nivel 2 ☐ Nivel 3

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
SÍNDROME DE GUILLAIN - BARRÉ ASOCIADO A ZIKA

B5

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 EPIDEMIOLÓGICOS

Posible fuente de infección durante 30 días previos a la parálisis

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

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

4. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Evaluación a los 60 días: ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____

EMG: ☐ SI ☐ NO Fecha: ____/____/____

Parálisis residual: ☐ SI ☐ NO ☐ N/S

Atrofia: ☐ SI ☐ NO ☐ N/S

5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN

Nombre y apellido de profesional notificante: _____

Establecimiento notificante: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

Fecha de notificación: ____/____/____

Firma y sello de médico/a: _____