



Hoja 1

**Definición de caso**

Todo caso de parálisis aguda flácida: síndrome de Guillain Barré, poliomielitis, mielitis transversa, meningoencefalitis, parálisis discalémicas, polineuritis, polirradiculoneuropatías, etc.

**1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Año \_\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Caso \_\_\_\_\_  
 Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ HC N° \_\_\_\_\_  
 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 DEL DECLARANTE**

Provincia: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificante: \_\_\_\_\_ Público  Privado  S.Social  Otro   
 Apellido y Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha de Notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**3. DATOS DE VACUNACION**

Vacuna SABIN Si  No  N/S  N° de dosis \_\_\_\_\_ Fecha última dosis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Vacuna SALK Si  No  N/S  N° de dosis \_\_\_\_\_ Fecha última dosis \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**4. DATOS CLINICOS**

Fecha de comienzo de la investigación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Inmunodeficiencia** Si  No  Especificar: \_\_\_\_\_

| PRODROMOS | FIEBRE | RESPIRATORIOS | DIGESTIVOS | MENINGEOS | DOLOR MUSCULAR |
|-----------|--------|---------------|------------|-----------|----------------|
| No        |        |               |            |           |                |
| Sí        |        |               |            |           |                |
| No Sabe   |        |               |            |           |                |

**Parálisis**

Semana Epidemiológica N° \_\_\_\_\_

Inicio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fiebre Si  No  N/S

Días de instalación total de la parálisis \_\_\_\_\_

| MIEMBRO          | PARALISIS |    |    |        |    |    | REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*) |   |   |   |    | SENSIBILIDAD(*) |   |   |   |    |
|------------------|-----------|----|----|--------|----|----|------------------------------|---|---|---|----|-----------------|---|---|---|----|
|                  | PROXIMAL  |    |    | DISTAL |    |    |                              |   |   |   |    |                 |   |   |   |    |
|                  | Sí        | No | NS | Sí     | No | NS |                              |   |   |   |    |                 |   |   |   |    |
| Brazo derecho    |           |    |    |        |    |    | N                            | H | D | A | NS | N               | H | D | A | NS |
| Brazo izquierdo  |           |    |    |        |    |    | N                            | H | D | A | NS | N               | H | D | A | NS |
| Pierna derecha   |           |    |    |        |    |    | N                            | H | D | A | NS | N               | H | D | A | NS |
| Pierna izquierda |           |    |    |        |    |    | N                            | H | D | A | NS | N               | H | D | A | NS |

(\*) N = Normal, H = Aumentado, D = Disminuido, A = Ausente, NS = No Sabe (Marcar lo que corresponda)

**Progresión de la Parálisis**

| ASCENDENTE | DESCENDENTE | SIN PROGRESIÓN | SIMÉTRICA | ASIMÉTRICA | DESCONOCIDA |
|------------|-------------|----------------|-----------|------------|-------------|
|            |             |                |           |            |             |

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Hoja 2

**5. DATOS EPIDEMIOLOGICOS**

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

¿Dónde residió? Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Viajó? Si  No  Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si  No

**6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION**

Vacunación de bloqueo Si  No  N° de dosis \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7. EXAMENES DE LABORATORIO**

Materia Fecal Si  No

Fecha Muestra \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha Recepción del Laboratorio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resultado: Enterovirus  Adenovirus  Polio  Vacunal  Salvaje  Negativo

Otros  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**8. 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

**CLASIFICACIÓN FINAL**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|   |   |  |
|---|---|--|
| Polio <input type="checkbox"/>                | Compatible con Polio <input type="checkbox"/> | Relacionado con VOP <input type="checkbox"/>   |
| Descartado: G. Barré <input type="checkbox"/> | Neuritis Traumática <input type="checkbox"/>  | Mielitis Transversa <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Médico