

# Ficha de Notificación e Investigación – POLIO (Modificado: 03 de diciembre de 2019)

Llene esta ficha para toda persona menor de 15 años con parálisis flácida aguda, y para toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis.

## I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA

No. Caso: _____	Nombre de la institución que notifica: _____
País: _____	Teléfono de la institución que notifica: _____
Provincia/Estado: _____	Notificado por: _____
Municipio: _____	Fecha de Consulta: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Localidad/Barrio: _____	Fecha de Investigación: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/> 1=Público 2=Privado
5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido	Fecha de Notificación Local: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
	Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
	88=Otro, Especifique _____

## II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____	Nombre de la madre o responsable: _____	Nacionalidad: _____
Dirección: _____		Teléfono: _____
Referencia para localizar la casa: _____	Ocupación del Paciente: _____	
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano 2=Periurbano 3=Rural	Dirección del trabajo o escuela: _____	
Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> 1=Masculino 2=Femenino	Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: _____ <small>Años Meses</small>

## III HISTORIA VACUNAL

Se vacunó contra Polio  1=Si  
2=No  
99=desconocido

Tipo de Vacuna*	Número de dosis **	Fecha de última dosis (Día Mes Año)	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(\*) 1=VOP, 2=VIP, 99=Desconocido

(\*\*) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

## IV DATOS CLÍNICOS

PRÓDROMOS	PARÁLISIS	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA		REFLEJOS	SENSIBILIDAD
Fiebre: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Fecha de Inicio: ____/____/____ Fiebre al inicio de la parálisis: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	1=Si 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido	
Respiratorio: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	De Pares Craneales: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Brazo Derecho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal: <input type="checkbox"/>	Respiratoria: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Brazo Izquierdo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGNOS	PROGRESIÓN	Pierna Derecha <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores musculares: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Dirección: <input type="checkbox"/> 1=Ascendente 2=Descendente 3=Otra	Pierna Izquierda <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signos Meníngeos: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	Días hasta la instalación de la parálisis completa: _____	Si fue hospitalizado, nombre del Hospital: _____			
¿Defunción?: <input type="checkbox"/> 1=Si 2=No 99=Desconocido	En caso afirmativo, fecha: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>	Fecha de Hospitalización: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small> Exp. Clínico #: _____			
Causa básica de muerte: _____					

Comentarios: \_\_\_\_\_

## V LABORATORIO

Muestra		Prueba de Laboratorio											Discor- dancia entre Nac. y Ref. 1=Si 2=No	Resultado Definitivo §	
# Muestra	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Aislamiento viral					Diferenciación Intratípica (ITD)								
		Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab. que procesa la muestra	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab.	Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha Envío al Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)			
	/ /	/ /		/ /		/ /	/ /		/ /	/ /	/ /				
	/ /	/ /		/ /		/ /	/ /		/ /	/ /	/ /				

(†) 0=Negativo, 4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus & NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus (‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac., 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje, (§) Resultado oficial

Comentarios: \_\_\_\_\_

Muestra	Nombre	Edad (AA/MM)	No. Dosis VOP	Fecha de última dosis	Prueba de Laboratorio										
					Aislamiento viral					Diferenciación Intratípica (ITD)					Discor- dancia entre Nac. y Ref. 1=Si 2=No
Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab.	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab.	Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha Envío al Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)				
Contacto1				/ /		/ /	/ /		/ /	/ /	/ /				
Contacto2				/ /		/ /	/ /		/ /	/ /	/ /				

\* Los contactos deben ser < 5 años de edad que no hayan sido vacunados dentro de los 30 días precedentes.  
Indique contactos adicionales en otra página.

(†) 0=Negativo, 4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus & NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus (‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac., 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje, (§) Resultado oficial

Comentarios: \_\_\_\_\_

## VI SEGUIMIENTO A LOS 60 DIAS

Fecha del Seguimiento a los 60 días: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parálisis Residual compatible con polio a los 60 días:  1=Si 2=No 99=Desconocido Atrofia:  1=Si 2=No 99=Desconocido

## VII CONTROL

Fecha de vacunación de susceptibles o bloqueo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Población <5 años: \_\_\_\_\_ Total <5 años vacunados: \_\_\_\_\_

Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación: \_\_\_\_\_ Número de viviendas visitadas: \_\_\_\_\_

## VIII CLASIFICACION

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/>	1=Confirmado Polio Salvaje 2=Confirmado Polio Derivado de la Vacuna 3=Confirmado Polio Asociado a la Vacuna 4=Polio Compatible 5=Descartado	CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN: <input type="checkbox"/>	1=Laboratorio 2= Perdido al Seguimiento 3= Defunción 4= Con Parálisis Residual 5= Sin Parálisis Residual	SI SE DESCARTÓ, DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/>	1=Guillain-Barré 2=Neuritis Traumática 3=Mielitis Transversa 4=Tumor 99=Desconocido 88=Otros
---	---	--	--	---	---

Fecha de Clasificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## IX INVESTIGADOR

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_  
Comentarios: \_\_\_\_\_