

FORMULARIO PARA LA INVESTIGACIÓN DE CASOS DE PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA

(Este formulario debe llenarse para todas las personas con parálisis flácida aguda sin una causa específica que pueda identificarse de inmediato)

IDENTIFICACIÓN		CASO No. _____
AÑO _____ PAÍS _____ PROV/ESTADO _____ MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____		
Nombre _____	Nombre de la madre _____	
Dirección _____	Urbana _____ Rural _____	
Sexo M _____ F _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____	Edad: años _____ meses _____	No. dosis VOP _____ Fecha última dosis: ____/____/____
Fecha investigación: ____/____/____	Fecha notificación: Local ____/____/____	Nacional ____/____/____ Notificado por primera vez por: _____
OBSERVACIONES:		

DATOS CLÍNICOS	AL INICIO DE PARÁLISIS	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCCIDA	REFLEJOS	SENSACIÓN
PRODROMO	Fecha de inicio ____/____/____	FLÁCCIDA	MA/ME/A/N/NS*	MA/ME/A/N/NS*
Sí No se sabe	Sí No sabe	Sí No No se sabe		
Fiebre _____	Fiebre al inicio _____	BRAZO DERECHO _____	PROXIMAL _____	
Respiratorio _____	PROGRESIÓN	BRAZO IZQUIERDO _____	DISTAL _____	
Diarrea _____	Días hasta presentación de parálisis completa: _____ días	PIERNA DERECHA _____	PROXIMAL _____	
SIGNOS	Ascendente _____	PIERNA IZQUIERDA _____	DISTAL _____	
Dolores musculares _____	Descendente _____		DISTAL _____	
Rigidez del cuello _____				
Si fue hospitalizado: Nombre del hospital _____ Fecha ____/____/____ Exp. médico No. _____				
Defunción: Sí _____ No _____ No se sabe _____ En caso afirmativo: Fecha: ____/____/____ Causa _____				
OBSERVACIONES:		*MA= mayor, ME= menor, A= ausente, N= normal, NS= No se sabe		

LABORATORIO									
CASO	Cómo se obtuvo la muestra	Laboratorio que la envió	Fecha de obtención de la muestra	Fecha de recepción laboratorio central	Fecha de recepción laboratorio regional	Fecha de recepción de los resultados	Resultados		
HECES 1	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____		
HECES 2	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____		
CONTACTOS*									
	Iniciales	Edad	No. dosis VOP	Fecha última dosis	Fecha obtención de muestra	Fecha recepción Lab. central	Fecha recepción Lab. regional	Fecha recepción de resultados	Resultados
CONTACTO 1	_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
CONTACTO 2	_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
CONTACTO 3	_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
CONTACTO 4	_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
CONTACTO 5	_____	_____	_____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	_____
*Los contactos deben ser menores de 5 años que no hayan sido vacunados dentro de los 30 días precedentes. Indique contactos adicionales en otra página.									
FUNCIÓN LUMBAR		Sí _____ No _____	Fecha ____/____/____	Células _____	Proteínas _____				
OBSERVACIONES:									

CONTROL		
Fecha de inicio de la campaña especial de vacunación ____/____/____	Total de menores de 5 años _____	Total de menores de 5 años vacunados _____
Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación _____	Número de viviendas visitadas _____	
OBSERVACIONES:		

SEGUIMIENTO		
Fecha de seguimiento ____/____/____	Parálisis residual a 60 días: Sí _____ No _____ No se sabe _____	Atrofia: Sí _____ No _____ No se sabe _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: POLIO _____ COMPATIBLE CON POLIO _____	RELACIONADO CON VOP _____	DESCARTADO _____ FECHA DE CLASIFICACIÓN _____
SI SE DESCARTÓ: GUILLAIN-BARRE _____	NEURITIS TRAUMÁTICA _____	MIELITIS TRANSVERSA _____ TUMOR _____ OTRO _____
OBSERVACIONES:		

INVESTIGADOR		
Nombre _____	Firma _____	
Cargo _____	Oficina _____	Fecha ____/____/____
OBSERVACIONES:		