

**PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE**

**CASO SUSPEITO:** Todo caso de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		
	2 Agravado/doença <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>	Código (CID10) A 8 0 . 9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		15 Número do Cartão SUS	
Dados de Residência	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)
	19 Distrito		
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP
28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta	32 Data da Investigação	33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	34 Número de doses válidas	
	35 Data da Última Dose da Vacina	36 Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	37 Se sim, País de origem		
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros _____			39 Data Início da Def. Motora	
	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente				
	41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		42 Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
	43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face		44 Fase Aguda Data do Exame		45 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD
	46 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face		47 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face		
	48 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D				

**Dados Clínicos (Cont.)**

49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Extensão E  
 Flexão D  Extensão D

50 Sinais de Irritação Meníngea  
 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado  
 Kernig  Rigidez de Nuca  Brudzinski

51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim   
 2 - Não  
 9 - Ignorado

52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

53 História de Injeção Intramuscular   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

54 Local de Aplicação   
 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D

**Atendimento**

55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)

56 Ocorreu Hospitalização   
 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

57 Data da Internação

58 UF 59 Município do Hospital

Código (IBGE)

**Dados do Laboratório**

60 Data da Coleta

61 Data do envio do Nível Local para o Estadual

62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR

63 Data do Recebimento no LRR

64 Quantidade   
 1 - Suficiente  
 2 - Insuficiente

65 Condições   
 1 - Temperatura Adequada  
 2 - Temperatura Alterada

66 Data do Resultado

67 Resultado  
 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem  
 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3

68 Exames Complementares

Líquor					
Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /					
/ /					

Eletroneuromiografia

69 Data da Realização

70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)

71 Coletado Material Anatomopatológico?  Cérebro  Medula  Intestino  
 1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

72 Data da Coleta

73 Resultado   
 1 - Compatível com poliomielite  
 2 - Não compatível com poliomielite

**Evolução do Caso (revisita)**

74 Data da Revisita

75 Força Muscular  
 MIE  MSE  MID  MSD  
 1-Diminuída  
 2-Ausente  
 3-Normal  
 9-Ignorado

76 Tônus Muscular  
 MIE  MSE  MID  MSD  
 Musc. Cervical  Face  
 1-Diminuído  
 2-Ausente  
 3-Normal  
 4- Aumentado  
 9-Ignorado

77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado  
 Aquileu E  Aquileu D  Patelar E  Patelar D  Bicipital E  Bicipital D  Tricipital E  Tricipital D

78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Flexão D  Extensão E  Extensão D

79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD

80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD  Face

**Conclusão**

81 Data da Revisão

82 Classificação Final   
 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível  
 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV

83 Critério de Classificação   
 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico  
 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução

84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)

85 Evolução   
 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela  
 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

86 Data do Óbito

87 Data do Encerramento

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura