

**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		Código (CID10)	3 Data da Notificação				
			<b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>		A 80.9				
	4	UF	5	Município de Notificação					
					Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7	Data dos Primeiros Sintomas			
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante			
			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13	Raça/Cor		
					1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 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 a 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		16			Nome da mãe			
Dados de Residência	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		30	País (se residente fora do Brasil)		
				1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
<b>Dados Complementares do Caso</b>									
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?		37	Se sim, País de origem	
				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Dados Clínicos	38		Sinais e Sintomas		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		39		Data Início da Def. Motora
			<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 _____						
	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		42		Localização
			<input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD						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		44		Data do Exame	
		<input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face							
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		47		Sensibilidade	
		<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						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 Meningea  
 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