



CASO SUSPEITO:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.

- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3	
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		A 80.9		Data da Notificação	
Notificação Individual	4	UF	5	Município de Notificação		
	Código (IBGE)		6		7	
	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		Data dos Primeiros Sintomas	
Dados de Residência	8		9		Nome do Paciente	
	10		11		12	
	(ou) Idade		Sexo		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		14		Raça/Cor	
1 - Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado		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		16		Número do Cartão SUS		
17		18		19		
UF		Município de Residência		Código (IBGE) Distrito		
20		21		22		
Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)		Número		
23		24		25		
Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 1		Geo campo 2		
26		27		28		
Ponto de Referência		CEP		(DDD) Telefone		
29		30		Zona		
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		País (se residente fora do Brasil)				

DADOS COMPLEMENTARES DO CASO

Antecedentes Epidemiológicos	31	32	33	34
	Data da 1ª Consulta	Data da Investigação	Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	Número de doses válidas
Dados Clínicos	35	36	37	
	Data da Última Dose da Vacina	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	Se sim, País de origem	
	38		39	
	Sinais e Sintomas		Data Início da Def. Motora	
	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 _____			
40		41		
Deficiência Motora		Força Muscular		
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		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		43		
Localização		Comprometimento de		
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		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face		
44		45		
Fase Aguda		Força Muscular		
Data do Exame		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		47		
Tônus Muscular		Sensibilidade		
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		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"/> A quileu E <input type="checkbox"/> A quileu 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				

100
95
75
25
5
0

100
95
75
25
5
0

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 ³	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
 A quileu E A quileu D Patelar E Patelar D Bicipital E Bicipital D Tripital E Tripital 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-Clinico 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

POLIOMIELITE 15/12/2009 MR COREL PFA/Poliomielite Sinan NET SVS 08/10/2009

100
95
75
25
5
0

100
95
75
25
5
0