

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO
PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

Nº

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 <input type="checkbox"/> 2 - Individual		2 Agravado/doença PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		Código (CID10) A 8 0 . 9		3 Data da Notificação	
	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 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		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 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 <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE 2-Ausente <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 3-Normal 9-Ignorado	
	46 Tônus Muscular 1-Diminuído <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 2-Ausente 3-Normal <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face 4- Aumentado 9-Ignorado				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 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
 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