

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 2 - Individual	
	2 Agravado/doença	
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE	
	4 UF	5 Município de Notificação
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	
	8 Nome do Paciente	
	10 (ou) Idade 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>	
	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Dados de Residência	12 Gestante 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	
	13 Raça/Cor 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>	
	15 Número do Cartão SUS	
Dados Complementares do Caso	16 Nome da mãe	
	17 UF	
	18 Município de Residência	
	19 Distrito	
Antecedentes Epiemiológicos	20 Bairro	
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número	
	23 Complemento (apto., casa, ...)	
Dados Clínicos	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	
	26 Ponto de Referência	
	27 CEP	
28 (DDD) Telefone		
29 Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
30 País (se residente fora do Brasil)		
31 Data da 1ª Consulta		
32 Data da Investigação		
33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
37 Se sim, País de origem		
38 Sinais e Sintomas 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>		
39 Data Início da Def. Motora		
40 Deficiência Motora 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>		
41 Força Muscular 1 - Diminuída <input type="checkbox"/> 2 - Ausente <input type="checkbox"/> 3 - Normal <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/>		
42 Localização 1-Distal <input type="checkbox"/> 2-Proximal <input type="checkbox"/> 3-Todo o membro <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/>		
43 Comprometimento de 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/>		
44 Fase Aguda Data do Exame		
45 Força Muscular MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> 1-Diminuída <input type="checkbox"/> 2-Ausente <input type="checkbox"/> 3-Normal <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
46 Tônus Muscular MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> 1-Diminuído <input type="checkbox"/> 2-Ausente <input type="checkbox"/> 3-Normal <input type="checkbox"/> 4-Aumentado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
47 Sensibilidade MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> 1-Diminuída <input type="checkbox"/> 2-Ausente <input type="checkbox"/> 3-Normal <input type="checkbox"/> 4-Parestesia <input type="checkbox"/> 5-Prejudicado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
48 Reflexos 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 <input type="checkbox"/> 1-Diminuído <input type="checkbox"/> 2-Ausente <input type="checkbox"/> 3-Normal <input type="checkbox"/> 4-Aumentado <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		

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-Glíuteo E 6-Glíuteo 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

Liquor					
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-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

Nome

Função

Assinatura

Cód. da Unid. de Saúde