

Definición de caso: Toda persona menor de 15 años con parálisis flácida aguda, y para toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis, sin antecedentes de trauma o Tumor u otra causa aparente.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCION QUE NOTIFICA

País: _____ Departamento: _____ Municipio: _____ Red de Salud _____ Localidad/Barrio: _____ Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta <input type="checkbox"/> 2=Laboratorio <input type="checkbox"/> 3=Búsqueda institucional <input type="checkbox"/> 4=Búsqueda de casos en la comunidad <input type="checkbox"/> 5=Investigación de contactos <input type="checkbox"/> 6=Casos reportados en la comunidad <input type="checkbox"/> 88=Otros <input type="checkbox"/> 99=Desconocido	Nombre de la institución que notifica: _____ Teléfono de la institución que notifica: _____ Notificado por: _____ Fecha de Consulta: ____/____/____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small> Fecha de Investigación: ____/____/____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small> Fecha de Notificación Local: ____/____/____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small> Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small> Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/> 1=Público <input type="checkbox"/> 2=Privado <input type="checkbox"/> 88=Otro, Especifique _____
---	---

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos del Paciente: _____ Dirección: _____ Referencia para localizar la casa: _____ Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> 1=Urbano <input type="checkbox"/> 2=Periurbano <input type="checkbox"/> 3=Rural Sexo del paciente: <input type="checkbox"/> 1=Masculino <input type="checkbox"/> 2=Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small>	Nombre de la madre o responsable: _____ Teléfono: _____ Ocupación del Paciente: _____ Dirección del trabajo o escuela: _____ Si no se conoce la fecha de nacimiento, edad: ____ Años ____ Meses
Referencia, croquis, para localizar la casa: _____	

III HISTORIA VACUNAL

Tipo de Vacuna*	Número de dosis **	Fecha de última dosis (Día Mes Año)	Fuente de información sobre la vacunación †
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	_____

(*) 1=VOP, 2=VIP, 99=Desconocido

(**) 0=Cero dosis, 1=Una dosis, 2=Dos, 3=Tres, etc., 99=Desconocido

(†) 1=Tarjeta de vacunación, 2=Registro en servicio de salud, 3=Verbal

IV DATOS CLÍNICOS

PRÓDROMOS Fiebre: <input type="checkbox"/> Respiratorio: <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido Gastrointestinal: <input type="checkbox"/>	PARÁLISIS Fecha de Inicio: ____/____/____ Fiebre al inicio de la parálisis: <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido De Pares Craneales: <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido Respiratoria: <input type="checkbox"/>	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:16.5%;">1=Sí 2=No 99=Desconocido</th> <th style="width:16.5%;">1=Proximal 2=Distal 3=Ambos</th> <th style="width:16.5%;">1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido</th> </tr> <tr> <td>Brazo Derecho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Brazo Izquierdo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna Derecha</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pierna Izquierda</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		1=Sí 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido	Brazo Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazo Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna Derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REFLEJOS SENSIBILIDAD
	1=Sí 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 2=Disminuido 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido																				
Brazo Derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Brazo Izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pierna Derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Pierna Izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
SIGNOS Dolores musculares: <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido Signos Meningeos: <input type="checkbox"/>	PROGRESIÓN Dirección: <input type="checkbox"/> 1=Ascendente <input type="checkbox"/> 2=Descendente <input type="checkbox"/> 3=Otra Días hasta la instalación de la parálisis completa: _____	Si fue hospitalizado, nombre del Hospital: _____ Fecha de Hospitalización: ____/____/____ Exp. Clínico #: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small>																					
¿Defunción?: <input type="checkbox"/> 1=Sí <input type="checkbox"/> 2=No <input type="checkbox"/> 99=Desconocido		En caso afirmativo, fecha: ____/____/____ Causa básica de muerte: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">Día Mes Año</small>																					

Comentarios: _____

V LABORATORIO

Muestra		Prueba de Laboratorio											Discor- dancia entre Nac. y Ref. 1=Si 2=No	Resultado Definitivo §	
# Muestra	Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Aislamiento viral					Diferenciación Intratípica (ITD)								
		Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Nombre de Lab. que procesa la muestra	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab.	Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha Envío al Lab. Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab.Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)			
	/ /	/ /		/ /			/ /		/ /		/ /				

(†) 0=Negativo, 4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus & NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus
 (‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac., 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje, (§) Resultado oficial

Comentarios: _____

Muestra	Nombre	Edad (AA/MM)	No. Dosis VOP	Fecha de última dosis
Contacto1				/ /
Contacto2				/ /

* Los contactos deben ser < 5 años de edad que no hayan sido vacunados dentro de los 30 días precedentes.
 Indique contactos adicionales en otra página.

Contactos* (Si es necesario)		Prueba de Laboratorio											Discor- dancia entre Nac. y Ref. 1=Si 2=No	Resultado Definitivo §
Fecha de toma de muestra (Día/Mes/Año)	Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	Aislamiento viral					Diferenciación Intratípica (ITD)							
		Nombre Lab.	Fecha Recepción (Día/Mes/Año)	# ID de muestra en Lab.	Resultado †	Fecha Resultado (Día/Mes/Año)	Fecha Envío al Lab Ref. (Día/Mes/Año)	Nombre Lab. de Ref.	Fecha Recepción del Lab.Ref. (Día/Mes/Año)	Resultado ‡	Fecha ITD (Día/Mes/Año)			
/ /	/ /		/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		

(†) 0=Negativo, 4=No Polio Enterovirus, 44= Poliovirus & NPEV, 5=Inadecuada, 6=Otro Virus, 77=Poliovirus
 (‡) 1=P1Sabin, 2=P2Sabin, 3=P3Sabin, 5=Inadecuado, 7=P1Derivado a Vac., 8=P2Derivado a Vac., 9=P3Derivado a Vac., 10=P1Salvaje, 11=P2Salvaje, 12=P3Salvaje, (§) Resultado oficial

Comentarios: _____

VI SEGUIMIENTO A LOS 60 DIAS

Fecha del Seguimiento a los 60 días: ____/____/____
 Día Mes Año

Parálisis Residual, compatible con polio a los 60 días: 1=Si 2=No 99=Desconocido

Atrofia: 1=Si 2=No 99=Desconocido

VII CONTROL

Fecha de vacunación de susceptibles o bloqueo: ____/____/____ Población <5 años: _____ Total <5 años vacunados: _____
 Día Mes Año

Número aproximado de viviendas en la zona de vacunación: _____ Número de viviendas visitadas: _____

VIII CLASIFICACION

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/> 1=Confirmado Polio Salvaje 2=Confirmado Polio Derivado de la Vacuna 3=Confirmado Polio Asociado a la Vacuna 4=Polio Compatible 5=Descartado Fecha de Clasificación: ____/____/____ Día Mes Año	CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> 1=Laboratorio 2= Perdido al Seguimiento 3= Defunción 4= Con Parálisis Residual 5= Sin Parálisis Residual	SI SE DESCARTÓ, DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> 1=Guillain-Barré 2=Neuritis Traumática 3=Mielitis Transversa 4=Tumor 99=Desconocido 88=Otros
--	---	---

IX INVESTIGADOR

Nombre del Investigador: _____ Firma _____

Cargo: _____ Oficina: _____ Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año

Comentarios: _____