

Ficha de Notificación e Investigación – POLIO (Modificado: 26 de febrero de 2013)

Llene esta ficha para toda persona menor de 15 años con parálisis flácida aguda, y para toda persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis.

I IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCION QUE NOTIFICA

No. Caso: _____	Nombre de la institución que notifica: _____
País: _____	Teléfono de la institución que notifica: _____
Provincia/Estado: _____	Notificado por: _____
Municipio: _____	Fecha de Consulta: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Localidad/Barrio: _____	Fecha de Investigación: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small>
Detectado por: <input type="checkbox"/> 1=Consulta 2=Laboratorio 3=Búsqueda institucional 4=Búsqueda de casos en la comunidad	Fecha de Notificación Local: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small> Fecha de Notificación Nacional: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small> Tipo de Sector de Institución que notifica: <input type="checkbox"/> 1=Público 88=Otro, Especifique _____ <input type="checkbox"/> 2=Privado
5=Investigación de contactos 6=Casos reportados en la comunidad 88=Otros 99=Desconocido	

II INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

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	PARÁLISIS	LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCIDA			REFLEJOS		SENSIBILIDAD
		1=Sí 2=No 99=Desconocido	1=Proximal 2=Distal 3=Ambos	1=Aumentado 3=Ausente 4=Normal 99=Desconocido	2=Disminuido		
Fiebre: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido Respiratorio: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido Gastrointestinal: <input type="checkbox"/>	Fecha de inicio: ____/____/____ Fiebre al inicio de la parálisis: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido De Pares Craneales: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido Respiratoria: <input type="checkbox"/>	Brazo Derecho: <input type="checkbox"/> Brazo Izquierdo: <input type="checkbox"/> Pierna Derecha: <input type="checkbox"/> Pierna Izquierda: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
SIGNOS Dolores musculares: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido Signos Meníngeos: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	PROGRESIÓN Dirección: <input type="checkbox"/> 1=Ascendente 2=Descendente 3=Otra Días hasta la instalación de la parálisis completa: _____	Si fue hospitalizado, nombre del Hospital: _____ Fecha de Hospitalización: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small> Exp. Clínico #: _____					
¿Defunción?: <input type="checkbox"/> 1=Sí 2=No 99=Desconocido	En caso afirmativo, fecha: ____/____/____ <small>Día Mes Año</small> Causa básica de muerte: _____						

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)	Aislamiento viral					Diferenciación Intratípica (ITD)							
		Fecha envío de muestra al Lab. (Día/Mes/Año)	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: ____/____/____ 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: _____

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

VIII CLASIFICACION

CLASIFICACIÓN FINAL: <input type="checkbox"/> Fecha de Clasificación: ____/____/____	1=Confirmado Polio Salvaje 2=Confirmado Polio Derivado de la Vacuna 3=Confirmado Polio Asociado a la Vacuna 4=Polio Compatible 5=Descartado	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: ____/____/____

Comentarios: _____