



**Gobierno Provincial**

Ministerio de Salud Pública

**PARÁLISIS FLACCIDA AGUDA  
EN MENORES DE 15 AÑOS**



**1. DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre:			D.N.I.:		
Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono:	Localidad:		
Domicilio:			Departamento:		
Establecimiento Notificador:			Provincia:		
			Fecha de Notificación: / /		

**2. DATOS DE VACUNACIÓN**

Sabin:	Salk:	
N° de dosis:		Fecha de última dosis: / /

**3. DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de los síntomas: / /	← Dato Importante para acciones de vigilancia
Fecha de consulta: / /	

	PRODRAMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSC.										
SI																
NO																
NO SABE																
<b>Parálisis inicio:</b> / /		<b>Fiebre:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S														
Miembro	Parálisis						Reflejos (*) Osteotendinosos					Sensibilidad (*)				
	Proximal			Distal												
	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S	N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo Derecho							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo Izquierdo							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna Derecha							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna Izquierda							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(\*) N: Normal | H: Aumentado | D: Disminuido | A: Ausente | NS: No Sabe (Marcar lo que corresponda)

**PROGRESIÓN DE LA PARÁLISIS**

Ascendente:	Descendente:	Sin progresión:	Simétrica:	Asimétrica:	Desconocida:
Compromisos de pares craneales:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S			
Compromiso respiratorio:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S			
ARM:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S			
Defunción:		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha: / /		

**4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis. (Tener en cuenta viajes en ese período)

¿Dónde residió? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún caso de poliomielitis en la zona? \_\_\_\_\_

**Control de Foco** Vacunación de bloqueo: \_\_\_\_\_ N° Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

**5. LABORATORIO**

Materia Fecal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resultado:			
<b>Enterovirus:</b>	<b>Adenovirus:</b>	<b>Polio Vacunal:</b>	<b>Salvaje:</b>	<b>Otros:</b>
<b>Seguimiento</b>				
Evaluación 60 días: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Parálisis residual: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S			
Atrofia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/S	EMG: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

**6. CLASIFICACIÓN FINAL**

<b>Polio:</b>	<b>Compatible con Polio:</b>	<b>Relación c/ VPP:</b>			
Descartado:	G. Barré:	Neuritis traumática:	Mielitis transversa:	Tumor:	Otros:

**Firma y Sello del Médico:** \_\_\_\_\_