



**CASO SUSPEITO: Todo caso de deficiência motora flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica, e em pessoas de qualquer idade que apresentem hipótese diagnóstica de poliomielite.**

|                        |  |   |   |   |  |  |                                    |
|------------------------|--|---|---|---|--|--|------------------------------------|
| Dados Gerais           | 1                                      | Tipo de Notificação   |   | 2 - Individual  |  |  |                                    |
|                        | 2                                      | Agravado/doença   |   | Código (CID10)  | 3 Data da Notificação                                    |  |                                    |
|                        | PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE |   | A 8 0 . 9                                 |   |  |  |                                    |
| Notificação Individual | 4                                      | UF  | 5   | Município de Notificação  | Código (IBGE)  |  |                                    |
|                        | 6                                      | Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)  |   | Código  | 7  | Data dos Primeiros Sintomas  |                                    |
|                        | 8                                      | Nome do Paciente  |   |   | 9  | Data de Nascimento   |                                    |
| Dados de Residência    | 10                                     | (ou) Idade  | 1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mês<br>4 - Ano | 11  | Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado       |  |                                    |
|                        | 12                                     | Gestante  |   | 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre<br>4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6-Não se aplica | 13   | Raça/Cor<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |                                    |
|                        | 14                                     | Escolaridade<br>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)<br>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)<br>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica |   |   |  |  |                                    |
| Dados de Residência    | 15                                     | Número do Cartão SUS  |   | 16  | Nome da mãe  |  |                                    |
|                        | 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<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30   | País (se residente fora do Brasil) |

**Dados Complementares do Caso**

|   |   |  |                                     |  |  |  |   |                                      |  |
|---|---|--|-------------------------------------|--|--|--|---|--------------------------------------|--|
| Antecedentes Epidemiológicos                      | 31  | Data da Investigação   | 32                                  | Tomou Vacina Contra Poliomielite<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 33   | Número de doses válidas                | 34  | Data da Última Dose da Vacina        |  |
|   | 35  | Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado |                                     |  | 36   | Se sim, País de origem                 |   |                                      |  |
| Dados Clínicos                                    | 37  | Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   |                                     |  |  | 38                                     | Data Início da Def. Motora                      |                                      |  |
|   | <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  | 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 |
| 40  | Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado  |  |                                     | 41   | 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           |   |                                      |  |
| 42  | Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                 |  |                                     | Fase Aguda   |  | 44                                     |   |                                      | Força Muscular   |
| <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória |   | <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical  |                                     | <input type="checkbox"/> Face                                    |  | <input type="checkbox"/> MIE           |   | <input type="checkbox"/> MSE         |  |
| <input type="checkbox"/> 1-Diminuída              |   | <input type="checkbox"/> 2-Ausente   |                                     | <input type="checkbox"/> 3-Normal                                |  | <input type="checkbox"/> 3-Normal      |   | <input type="checkbox"/> 9-Ignorado  |  |
| 45  | Tônus Muscular  |  |                                     | 46   |  | Sensibilidade                          |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 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-Diminuída                             |  | <input type="checkbox"/> 2-Ausente     |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 2-Ausente                |   | <input type="checkbox"/> 3-Normal  |                                     | <input type="checkbox"/> 4-Parestesia                            |  | <input type="checkbox"/> 5-Prejudicado |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 3-Normal                 |   | <input type="checkbox"/> 4-Aumentado   |                                     | <input type="checkbox"/> 9-Ignorado                              |  | <input type="checkbox"/> 9-Ignorado    |   |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> 4-Aumentado              |   | <input type="checkbox"/> 9-Ignorado  |                                     | <input type="checkbox"/> MIE                                     |  | <input type="checkbox"/> Face          |   |                                      |  |
| 47  | 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.)

48 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Flexão E  Extensão E

Flexão D  Extensão D

49 Sinais de Irritação Meníngea

1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado

Kernig  Rigidez de Nuca  Brudzinski

50 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim  2 - Não 9 - Ignorado

51 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

52 História de Injeção Intramuscular  1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

53 Local de Aplicação

1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D

54 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)

55 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

56 Data da Internação

57 UF

58 Município do Hospital

Código (IBGE)

59 Data da Coleta

60 Nível Local para o Estadual

61 Nível Estadual para o LRR

62 Data do Recebimento no LRR

63 Quantidade 1 - Suficiente 2 - Insuficiente

64 Condições 1 - Temperatura Adequada 2 - Temperatura Alterada

65 Data do Resultado

66 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- Ignorado 11- Misturas 12- Virus derivado da vacina

67 Exames Complementares

**Líquor**

| Data da Coleta | Nº de Células/mm <sup>3</sup> | Linfócitos % | Proteínas mg% | Glicose mg% | Cloreto mg% |
|----------------|-------------------------------|--------------|---------------|-------------|-------------|
| / /            |                               |              |               |             |             |
| / /            |                               |              |               |             |             |

**Eletroneuromiografia**

68 Data da Realização 69 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)

70 Coletado Material Anatomopatológico?  Cérebro  Medula  Intestino 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

71 Data da Coleta

72 Resultado

1 - Compatível com poliomielite 2 - Não compatível com poliomielite

73 Data da Revisita

74 Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado

MIE  MSE  MID  MSD

75 Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado

MIE  MSE  MID  MSD

Musc. Cervical  Face

76 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

77 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Flexão E  Flexão D  Extensão E  Extensão D

78 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado

MIE  MSE  MID  MSD

79 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado

MIE  MSE  MID  MSD  Face

80 Data da Revisão

81 Classificação Final 1-Confirmado 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado

82 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)

83 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

84 Data do Óbito

85 Data do Encerramento

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura

PFA\_NET 15/12/2006 MR COREL

PFA/Poliomielite

Sinan NET

SVS

08/06/2006