



FICHA DE NOTIFICACIÓN DE PARÁLISIS AGUDA FLÁCCIDA

PF

Definición de caso de PAF: Caso de parálisis aguda y flácida en una persona menor de 15 años por cualquier motivo que no sea un traumatismo grave, o enfermedad paralítica en una persona de cualquier edad en quien se sospeche poliomielitis. En todos los casos se debe descartar la presencia de poliovirus remitiendo una muestra de materia fecal tomada dentro de los 14 días de iniciada la parálisis al Instituto Carlos G. Malbrán.

1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA PERSONA

Apellido y nombres: _____ Nacionalidad: _____ DNI: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo legal: M F No binario Sexo al nacer:
 M F Indeterminado Género: Mujer CIS ____ Varón CIS __ Mujer Trans __ Varón Trans __ Otro _____
 Teléfono: _____ Domicilio actual: _____ Barrio popular Rural
 Localidad: _____ Departamento: _____ Provincia: _____

2. DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificador: _____ Público Privado S.Social Otro
 Apellido y Nombre de profesional: _____ Email: _____
 Teléfono: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____

3. DATOS DE VACUNACION

Vacuna SABIN Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____
 Vacuna SALK Si No N/S N° de dosis _____ Fecha última dosis ____/____/____

4. DATOS CLINICOS

Fecha de consulta: ____/____/____

Inmunodeficiencia Si No Especificar: _____

PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSCULAR
No					
Sí					
No Sabe					

Parálisis: Inicio ____/____/____ Fiebre Si No N/S Días de instalación total de la parálisis _____

MIEMBRO	PARALISIS						REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS (*)					SENSIBILIDAD(*)				
	PROXIMAL			DISTAL			N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
	Sí	No	NS	Sí	No	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

Compromiso de pares craneanos Si No N/S

Compromiso respiratorio Si No N/S

ARM Si No N/S

LCR Si No Fecha ____/____/____ Disociación albúmino/citológica Si No



5. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Fecha de investigación ____/____/____ Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis:
¿Residió fuera de su domicilio? Lugar _____ Fecha regreso ____/____/____
¿Viajó? Si No Lugar _____ Fecha regreso ____/____/____
¿En esa zona hubo algún caso de poliomielitis? Si No

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Revisión de carnets de vacunación en contactos: Si No Fecha ____/____/____ N° de dosis IPV aplicadas: _____

7. EXAMENES DE LABORATORIO

Materia Fecal Si No Fecha toma de Muestra ____/____/____ Fecha de derivación ____/____/____
Resultado: Enterovirus Adenovirus Polio Vacunal Polio Salvaje Negativo
Otros _____ Fecha ____/____/____

8. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Evaluación a los 60 días: Si No Fecha: ____/____/____
Parálisis Residual Si No N/S Atrofia Si No N/S Electromiograma Si No

CLASIFICACIÓN FINAL

Fecha ____/____/____

Caso confirmado de Polio Compatible con Polio Parálisis relacionada a la vacuna
Descartado: G. Barré Botulismo Mielitis Transversa Tumor Miopatía Otros

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico