

<b>MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>PARALISIS FLACIDA AGUDA P.F.A.</b>		
<b>FICHA DE INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA</b>			
<b>1/ REGISTRO:</b>  Nro. De Orden Nacional: _____  Nro. _____ DEPARTAMENTO _____  PROVINCIA _____  DISTRITO _____  LOCALIDAD _____	<b>2/ DATOS PERSONALES</b>  NOMBRE DEL PAC.: _____  FECHA D/NACIM. _____ EDAD _____ SEXO M ( ) F ( )  PADRE _____ MADRE _____  RESIDENC. PERMANENTE _____  REF. PARA LOCALIZ. _____  RESIDENC. PROVISIONAL _____		
<b>3/ CONOCIMIENTO DEL CASO</b> <input type="checkbox"/> NOTIFICAC <input type="checkbox"/> INVESTIGUE OTRO CASO  <input type="checkbox"/> BUSQUEDA ACTIVA <input type="checkbox"/> EXAMEN LABO-TORIO  <input type="checkbox"/> DEFUNCION                      FECHA DE DEFUNC. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1er NOTIFICANTE _____  INSTITUCION _____  DIRECCION _____  TELEFONO _____		
<b>4/ FECHAS DE CONOCIMIENTO</b> LOCAL                      DEPARTAMENTAL                      NACIONAL                      FECHA DE INVESTIG.			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<b>5/ CUADRO CLINICO:</b>  FECHA DE INICIO DE LOS SINTOMAS GENERALES  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>FECHA DE INICIO DE LA DEFIC. MOTORA</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SEMANA EPO Nro. <input type="text"/>  <b>INSTALAC.</b> <b>DIAS</b> <input type="text"/>  <b>PROGRES: ASCEND. ( ) DESCEND. ( )</b> <b>PROX. ( ) DISTAL ( )</b>  PARESIA [ ] [ ] [ ]  PARALISIS [ ] [ ] [ ]  FLACIDEZ [ ] [ ] [ ]  SUBITA [ ] [ ] [ ]  ASIMETRIA [ ] [ ] [ ]  SENSIBILIDAD [ ] [ ] [ ]  SABINSKI [ ] [ ] [ ]  PARESTESIA [ ] [ ] [ ]		<b>EXAMEN FISICO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>REALIZADO POR</b> _____  <b>DIAGN. INICIAL:</b> 1. _____ 2. _____  <b>FUERZA MUSCULAR:</b> DIM    AUS    NORM    IGN MII <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>TONUS MUSCULAR:</b> DIM    AUS    NORM    IGN MII <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MUSC. CERV. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>REFLEJOS:</b> DIM    AUS    NORM    IGN MII <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSI <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MSD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>SIGNOS DE IRRIT. VENINOCA:</b> AUS    PRES    IGN <b>RIGIDEZ DE NUCA</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>KERNING</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>BRUDZINS</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>LASEGUE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SI    NO    IGN <b>TOS</b> [ ] [ ] [ ]  <b>FIEBRE</b> [ ] [ ] [ ]  <b>CONSTIPAC. ESTREÑIM.</b> [ ] [ ] [ ]  <b>VOMITOS</b> [ ] [ ] [ ]  <b>DIARREA</b> [ ] [ ] [ ]  <b>DOLORES MUSCULARES</b> [ ] [ ] [ ]  <b>CEFALEA</b> [ ] [ ] [ ]  <b>OTROS</b> _____ _____ _____ _____	<b>LOCALIZACION:</b>  MSI [ ]    CARA LADO [ ]  MSD [ ]    MUSC. CERV [ ]  MII [ ]    MUSC. RESP. [ ]  MID [ ]		

6/ HOSPITALIZAC. SI ( ) NO ( ) IGN ( ) FECHA DE INTERNAMIENTO

HOSPITAL \_\_\_\_\_ NRO. HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

7/ CLASIFICACION INICIAL DEL CASO

( ) SOSPECHOSO ( ) PROBABLE FECHA

8/ ANTECEDENTES DE VACUNA

VACUNADO SI ( ) NO ( ) IGN ( ) NRO. DOSIS ( ) CON CARNET: SI ( ) NO ( )

R.N. 

FECHA		

 FECHA DE LA ULTIMA DOSIS RECIBIDA

ESTABLEC. DONDE LA RECIBIO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_

9/ FUENTE PROBABLE DE INFECCION:

(A) VIAJE(S) REALIZ.(S) EN LOS 30 DIAS ANTES DE LA DEFIC. MOTORA [ ] [ ] [ ]

(B) VISITA(S) RECIB.(S) EN LOS 30 DIAS ANTES DE LA DEFIC. MOTORA [ ] [ ] [ ]

(C) OTRO(S) CASO(S) SEMEJANTE(S) EN EL AREA DETALLAR ABAJO [ ] [ ] [ ]

EN CASO POSITIVO  
DETALLAR ABAJO O  
SI ES NECES. EN  
HOJA APARTE

10/ CONTACTOS MENORES DE 5 AÑOS

NOMBRE	EDAD	NºDOSIS REC.	FECHA ULTIMA DOSIS	FECHA COLECTA HECES	FECHA ENVIO	FECHA RESULTADO	RESULTADO AISLAMIENTO
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

11/ DATOS DE LABORATORIO:

AISSLAM.	FECHA COLECTA	FECHA ENVIO	FECHA LLEG. LABOR	FECHA RESULTADO	RESULTADO
HECES 1					
HECES 2					
HECES 3					

ENVIO A OTRO LABORATORIO \_\_\_\_\_ FECHA: / / ESPEC. \_\_\_\_\_

LABORATORIO: \_\_\_\_\_ NECROPSIA \_\_\_\_\_

RESULTADO: \_\_\_\_\_ FECHA: / / \_\_\_\_\_

EMS FECHA: / /

RESULTADO: \_\_\_\_\_

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

**12/ EVOLUCION DEL CASO:  
EXAMEN FISICO**

EVALUACION		1ro.	REVISTA	REVISION
FECHA				
FUERZA MUSCULAR	MSD			
	MSI			
	MID			
	MII			
	CARA			
TONUS MUSCULAR	MSD			
	MSI			
	MID			
	MII			
	CERV			
ATROFIA	MSD			
	MSI			
	MID			
	MII			
	CERV			
SENSIBILIDAD				

REFLEJOS			
EVALUACION	1ro.	REVISTA	REVISION
FECHA			
MSD			
MID			
MII			
BABINSKI			
MUSC. RESPIRAT.			

12 A/ DEFUNCION:

FECHA:

--	--	--

CAUSA: \_\_\_\_\_

**13/ EVALUACION DE SECUELAS:**

FECHA PROG.  
PARA LA REVISTA

--	--	--

LA EN QUE  
REALIZO

--	--	--

TIPO DE SECUELA: AUSENTE ( ) LOCALIZAC.: MSI ( ) CARA ( )  
 MINIMA ( ) MSD ( ) MUSC. CERV. ( )  
 MEDIA ( ) MII ( ) MUSC. RESP. ( )  
 GRAVE ( ) MID ( )

14/ CLASIFICACION FINAL: CONFIRMADO ( ) COMPATIBLE ( ) VAGINA ( )  
 POLIOMIELIT. ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

FECHA:

--	--	--

SCARTADO ( )

INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**15/ OPERACIÓN "BARRIDO"**

FECHA:

--	--	--

DISTRITO

NIÑOS	A VACUNAR	VACUNADOS	COB%	Nº total de viviendas/VISIT.
1 AÑO	_____	_____	%	ABIERTAS C/NIÑOS _____
1 A 4 AÑOS	_____	_____	%	ABIERTAS S/NIÑOS _____
5 AÑOS	_____	_____	%	CERRADAS _____
TOTAL	_____	_____	%	ABANDONADAS _____

**16/ OPERACIÓN "BARRIDO"**

FECHA:

--	--	--

DISTRITO

NIÑOS	A VACUNAR	VACUNADOS	COB%	Nº total de viviendas/VISIT.
1 AÑO	_____	_____	%	ABIERTAS C/NIÑOS _____
1 A 4 AÑOS	_____	_____	%	ABIERTAS S/NIÑOS _____
5 AÑOS	_____	_____	%	CERRADAS _____
TOTAL	_____	_____	%	ABANDONADAS _____