



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré

Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES:

1. Fecha de Investigación:

2. DIRESA/GERESA:

3. Red/ Micro Red/ Clas

4. Establecimiento De Salud Notificante

E.S. II-1

E.S. II-2

E.S. III-1

E.S. III-2

II. DATOS DEL PACIENTE

5. H.Clínica N°

6. A. Paterno

A. Materno

Nombres

7. D.N.I

8. Fecha de Nacim.

9. Edad

10. Sexo

11. Departamento

12. Provincia

13. Distrito

14. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

15. Dirección

16. Ocupación

17. Telefono del paciente o familiar

18. Servicio de Hospitalización

19. Fecha Admisión en el EESS

III. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

20. ¿En que lugar estuvo hasta los 30 días previos al inicio de la parálisis?

21. País:

Fecha de llegada

Fecha de llegada

Fecha de llegada

1.-

22. Departamento

23. Provincia

24. Distrito

25. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

23. Dirección

26. Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis

Si No

27. Enfermedad crónica ¿Cuál? _____

Infección de vías respiratorias altas

Si No

F. Inicio

F.Término

Infección gastrointestinal

() ()

/ / / /

/ / / /

Síndrome febril

() ()

/ / / /

/ / / /

Exantema

() ()

/ / / /

/ / / /

Conjuntivitis no purulenta

() ()

/ / / /

/ / / /

Dolores articulares

() ()

/ / / /

/ / / /

Dolores musculares

() ()

/ / / /

/ / / /

Dolor de cabeza

() ()

/ / / /

/ / / /

28. Medicación frecuente? _____

29. Riesgo de intoxicación

Si No

Metales pesados

órganos fosforados

30. Antecedente de vacunación previa antes de los 40 días

Si No

Marque cual: Influenza estacional, Hepatitis B, Virus papiloma humano, dT, otra (especifique) _____

Fecha _____

31. Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los último 14 días? Si No

IV. ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLÍNICA

Fecha de Inicio de debilidad muscular

Fecha de ingreso al Hospital y Servicio

Signos y Síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

Progresión de parálisis:

Ascendente () Descendente ()

Si No

EVALUACION DE FUERZA MUSCULAR

Debilidad

Si No

Dolor

() ()

Nervio craneales

() ()

Ataxia

() ()

Simetría

() ()

1. Fiebre () ()

2. Anormalidad autonómica () ()

3. Disfunción urinaria () ()

4. Disfunción rectal () ()

5. Hipotensión () ()

6. Hipertensión () ()

7. Taquicardia sinusal () ()

8. Arritmia () ()

9. Hiponatremia (SIHAD) () ()

Prox Dist

Miembro Sup. Izq. () ()

Miembro Sup. Der () ()

Miembro Inf. Izq. () ()

Miembro Inf. Der. () ()

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research

Council (MRC):

0 No contracción, músculo paralizado

1 Palpable intento de contracción muscular

2 Movimiento completo si no se opone la gravedad

3 Movimiento completo solo contra la gravedad

4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.

5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACIÓN DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Der. Izq.

Emplear la siguiente Escala:

Reflejo Bicipital () ()

Reflejo Tricipital () ()

Reflejo Patelar () ()

Reflejo Aquileo () ()

0 No hay respuesta

+ Hiporreflexia

++ Normorreflexia

+++ Hiperreflexia

++++ Hiperreflexia con clonus

EVALUACIÓN DE PARES CRÁNEALES

Normal Paresia

Facial Izq. () ()

Facial Der. () ()

IX-X Izq. () ()

IX-X Der. () ()

Trigémico Izq. () ()

Trigémico Der. () ()

III-IV-VI Izq. () ()

III-IV-VI Der. () ()

EVALUACION DE TONO MUSCULAR

Dism Aus Norm Ign

Miembro Sup. Izq. () () () ()

Miembro Sup. Der () () () ()

Miembro Inf. Izq. () () () ()

Miembro Inf. Der. () () () ()



PERU

Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré

Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

V. EXAMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultado					Observaciones
LCR	__/__/__	Leuc.:	%PMN:	%MON:	Proteínas:	Glucosa:	
Electromiografía	__/__/__						
Investigación de agentes etiológicos							
Campylobacter jejuni	__/__/__						
Citomegalovirus	__/__/__						
Virus Epstein Barr	__/__/__						
Herpes virus	__/__/__						
Hemophilus influenza	__/__/__						
mycoplasma pneumoniae	__/__/__						
Hepatitis B	__/__/__						
Hepatitis C	__/__/__						
VIH	__/__/__						
Chikungunya	__/__/__						
Dengue	__/__/__						
Enterovirus	__/__/__						
Otro ¿Cuál?.....	__/__/__						
Estudios para zika							
RT_PCR	__/__/__	Tipo de muestra Suero () Orina () LCR ()					
Serología IgM	__/__/__						

VI. EVOLUCION

29 Fecha de Hospitalización

30. Evolución de la enfermedad:

Curado

Fallecido

Secuela

Fecha

TRATAMIENTO

Plasmaféresis

SI () No ()

Nº veces__

Inmunoglobulina Endovenosa

SI () No ()

Ventilación Mecánica

SI () No ()

Referido

VII. CLASIFICACION

Los casos que ingresen el sistema de vigilancia se clasifica en:

31. SGB Confirmado

32. SGB Descartado

33. SGB Sospechoso de rel. con Zika

Nivel de certeza (I, II ó III) _____

34. SGB Confirmado rel. A Zika

35. SGB Descartado en relación a Zika

IX. OBSERVACIONES

VIII. INVESTIGADOR

Nombre del Investigador

Cargo:

Teléfono:

Firma y Sello