

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD: PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

DEFINICIÓN DE CASO:

Se define como **PROBABLE** a toda persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda por cualquier razón, excepto trauma grave reciente, o una persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielititis

1) Datos Institución	1.1 Número del caso	1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /	1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /															
	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del municipio	/ /	1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /	/ /															
	1.8 Establecimiento	1.9 Parroquia		1.10 Municipio																		
	1.11 Estado	1.12 Fuente del informe						Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Búsqueda activa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>														
2) Datos del Paciente	2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre																		
	2.5 C.I./ pasaporte	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.6 Nacionalidad	2.7 Fecha de nacimiento	/ /	2.8 Edad	2.9 Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>															
	2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo	I <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> TSU / U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> EE <input type="checkbox"/>	2.12 Años aprobados	2.13 Situación conyugal			S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Se <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>														
	2.14 Profesión	2.15 Ocupación	2.16 Latitud		2.17 Longitud																	
3) Datos de Residencia	Dirección de Habitación (residencia):		3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia																
	3.5 Urb./sector/ zona Industrial	3.6 Av./carrera/ calle/esquina/vereda		3.7 Casa/edif./ quinta/galpón		3.8 Piso/ planta/local																
	3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)		3.11 Punto de referencia																		
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó			3.13 Nombre de la Madre		3.14 Nombre del Padre																
4) Cuadro Clínico	4.1 Fecha de inicio de síntomas generales	/ /	4.2 Síntomas					Tos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/>														
	4.3 Fiebre al inicio de la parálisis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.4 Fecha de inicio de deficiencia motora	/ /	4.5 N° de días con parálisis	4.6 Progresión de la parálisis			Ascendente <input type="checkbox"/> Proximal <input type="checkbox"/> Descendente <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/>													
	4.7 Signos		Paresia <input type="checkbox"/> Pares craneales <input type="checkbox"/> Flacidez <input type="checkbox"/> Súbita <input type="checkbox"/> Asimetría <input type="checkbox"/> Sensibilidad <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Babinski <input type="checkbox"/>	4.8 Localización					MSI <input type="checkbox"/> MII <input type="checkbox"/> MUSC. Cervical <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MUSC. Respiratorio <input type="checkbox"/>													
	4.9 Fecha de Examen físico	/ /	4.10 Dx. Inicial																			
4.11 Fuerza muscular			DIM	AUS	NOR	4.12 Tono muscular			DIM	AUS	NOR	4.13 Reflejos osteo tend.			DIM	AUS	NOR	4.14 Irritación Meningea			AUS	PRES
M. superior izquierdo						M. superior izquierdo						M. superior izquierdo						Rigidez de nuca				
M. superior derecho						M. superior derecho						M. superior derecho						Kernig				
M. inferior izquierdo						M. inferior izquierdo						M. inferior izquierdo						Brudzinski				
M. inferior derecho						M. inferior derecho						M. inferior derecho						Lasegue				
Músculos cervicales																						
5) Hospitalización	5.1 Fecha de hospitalización	/ /	5.2 Hospital			5.3 N° Historia clínica																
	5.4 Tiempo de la enfermedad al momento de la hospitalización		5.5 Tiempo que tardó su traslado desde su domicilio al hospital			5.6 Diagnóstico de ingreso																
	Evolución:		5.7 Recuperado		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.8 Diagnóstico de egreso																
	5.9 Fecha de alta	/ /	5.10 Fallecido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.11 Fecha de fallecimiento	/ /	5.12 Causa															
5.13 Necropsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5.14 Fecha de necropsia	/ /	5.15 Diagnóstico macroscópico																		
6) DI	Diagnóstico inicial (DI)		6.1 Dx				6.2 Fecha		/ /													
7) Vacunación	7.1 Vacunado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	7.2 En que establecimiento de salud fue vacunado																			
	7.3 N° de dosis recibidas	7.4 Fecha de Última dosis	/ /	7.5 N° de lote	7.6 Fuente de información		Carné <input type="checkbox"/> Libro de registro <input type="checkbox"/> Sticker <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>															

8) F. P. de infección	8.1 Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8.2 ¿A dónde?
	8.3 Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8.4 ¿De dónde?
	8.5 Existen otros casos semejantes en el área		

9) Contactos menores de 5 a	Nº	9.1 Apellidos y nombres	9.2 Edad	9.3 Numero de dosis recibidas	9.4 Fecha ultima dosis	9.5 Fecha colecta heces	9.6 Fecha envío	97 Fecha resultado	9.8 Resultado aislamiento
	1				/ /	/ /	/ /	/ /	
	2				/ /	/ /	/ /	/ /	
	3				/ /	/ /	/ /	/ /	
	4				/ /	/ /	/ /	/ /	
	5				/ /	/ /	/ /	/ /	

10) Datos de laboratorio	10.1 Muestra	10.2 Fecha de obtención	10.3 Fecha de envío a INH	10.4 Fecha de resultado INH	10.5 Agente aislado				
	Heces 1	/ /	/ /	/ /					
	Heces 2	/ /	/ /	/ /					
	10.6 Envío a otro laboratorio		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10.7 Fecha de envío	/ /	10.8 Nombre del laboratorio			
10.9 Fecha de resultado		/ /	10.10 Agente aislado						

11) Seguimiento del caso	11.1 Evaluación del trofismo					11.5 Evaluación de reflejos						
	Fecha de evaluación					Fecha de evaluación						
	/ /					/ /						
	Segmento corporal		30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal		30 días	60 días	90 días	180 días
	11.2 Fuerza muscular	M. superior izquierdo						M. superior izquierdo				
		M. superior derecho						M. superior derecho				
		M. inferior izquierdo						M. inferior izquierdo				
		M. inferior izquierdo						M. inferior derecho				
	11.3 Tono muscular	Cara						Babinski				
		M. superior izquierdo						Músculos respiratorios				
		M. superior derecho										
		M. inferior izquierdo										
	11.4 Atrofia	M. inferior izquierdo										
		Cara										
		Cervicales										
Sensibilidad												

12) Electro	Electromiografía	12.1 Realizado por:	12.2 Fecha	/ /
	12.3 Conclusión			

13) Secuelas	13.1 Fecha programada	/ /	13.2 Fecha en que se realizó	/ /	13.3 Tipo de secuela	Ausente <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>
	13.4 Localización		MSI <input type="checkbox"/>	MII <input type="checkbox"/>	MUSC. Cervical <input type="checkbox"/>	Cara <input type="checkbox"/>	Mínima <input type="checkbox"/>

14)	Clasificación Final	9.1 Clasificación	Confirmado <input type="checkbox"/>	Compatible <input type="checkbox"/>	9.2 Especificar	9.3 Fecha	/ /
			Descartado <input type="checkbox"/>	Vacunal <input type="checkbox"/>			

15) Responsable	12.1 Nombre		12.2 Cargo				
	12.3 Teléfono domicilio		12.4 Teléfono trabajo		12.5 Email institucional		
	12.6 Email personal				12.7 Firma		

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- Toda la ficha se refiere a casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización, colocada a cualquier edad y de cualquier tipo.
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
12. *Fuente del informe:* marque con equis "X" o el símbolo de verificación "✓" una de las siguientes opciones según el origen de notificación: público, privado, laboratorio, comunidad, búsqueda activa, otro. En la última opción se debe especificar quien notifica.

2. Datos del Paciente:

1. Escriba el *primer nombre, segundo nombre, primer apellido, segundo apellido* del paciente. Luego marque en la casilla correspondiente si este es Venezolano o extranjero e indique el número de *cedula o pasaporte*; si es extranjero escriba la *nacionalidad*.
2. Luego indique la *fecha de nacimiento, edad* (en años), *sexo*, encaso de ser indígena indique a que *etnia* a que pertenece.
3. Marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo (*I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio*), si la opción marcada es *EE* entonces indique el número de años aprobados.
4. Marque la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*). Escriba la *profesión y ocupación*.
5. Escriba los datos de geolocalización; *Latitud, Longitud* del centro de salud que detectó el caso.

3. Datos de Residencia:

1. Complete los cuadros correspondiente a la dirección de residencia del paciente, indicando adicionalmente la entidad, municipio, parroquia, localidad y punto de referencia.
2. Luego indique los teléfonos (fijo y móvil), lugar donde enfermó el paciente además de nombres y apellidos de la madre y el padre.

4. Cuadro Clínico:

1. Escriba la fecha de inicio de síntomas generales y marque de las opciones posibles, que síntomas presentó el paciente. Luego indique si presentó fiebre al inicio de la parálisis, fecha de inicio de la deficiencia motora, luego indique el número de días con la parálisis (desde el inicio de esta hasta la fecha en que se llena esta ficha) y marque la progresión de la parálisis.
2. Marque los signos presentes en el paciente y localización de la parálisis.
3. Escriba la fecha en que se realiza el examen físico y el diagnóstico inicial del caso. Luego coloque los resultados para: Fuerza muscular, Tono muscular, Reflejos osteo tendinosos e Irritación meníngea.

5. Hospitalización:

1. Indique la fecha de hospitalización, hospital y N° historia clínica, luego especifique el tiempo de la enfermedad hasta el momento de la hospitalización, tiempo que tardó su traslado desde su domicilio al hospital y el diagnóstico de ingreso.
2. Para la evolución del paciente marque si este se recuperó, en caso afirmativo indique diagnóstico de egreso y fecha de alta.
3. Marque si el paciente ha fallecido, en caso afirmativo indique fecha de fallecimiento y causa, luego marque si se ha realizado necropsia en caso afirmativo indique la fecha de necropsia y diagnóstico macroscópico.

6. Diagnóstico Inicial:

1. Escriba el diagnóstico inicial para el caso y la fecha en que se dio este.

7. Vacunación:

1. Indique si el paciente fue vacunado en caso afirmativo diga en que establecimiento, dosis recibidas y fecha de última dosis, luego indique N° de lote y fuente de información.

8. Fuente primaria de infección:

1. Indique si antes de los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora el paciente realizó algún viaje y para donde, también si recibió alguna visita y de donde proviene, además indique si hay otro caso semejante en el área.

9. Contactos menores de 5 años:

1. Escriba los Nombres y Apellidos, edad, N° de dosis, fecha última dosis, fecha colecta de heces, fecha de envío, fecha de resultados, y resultado de aislamiento de los contactos hallados.

10. Datos de Laboratorio:

1. Llene el cuadro con los siguientes datos: Fecha de obtención de la muestra, fecha de envío al INH, fecha de resultado INH y agente aislado.
2. Luego indique si se envió alguna muestra a otro laboratorio, escriba en que fecha, nombre del laboratorio, fecha de resultado y agente aislado.

11. Seguimiento del caso:

1. En la sección de Evaluación del trofismo ingrese la fecha de evaluación y coloque los valores de los resultados para: fuerza muscular, tono muscular y atrofia. Luego en la sección de evaluación de reflejos, rellene el cuadro con los resultados correspondientes.

12. Electro:

1. Escriba el nombre y apellido del técnico que realizó la electromiografía y la fecha en que esta fue realizada, luego describa la conclusión del examen realizado.

13. Secuelas:

1. Escriba el nombre y apellido del técnico que realizó la electromiografía y la fecha en que esta fue realizada, luego describa la conclusión del examen realizado.

14. Clasificación Final:

1. Indique la clasificación final del caso luego especifique e indique la fecha de clasificación.

15. Responsable:

1. Indique nombres, apellidos, cargo, teléfonos e email del responsable de la investigación.