

 PERÚ Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología			 FICHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA (P.F.A.)					
Nro. ficha	Fecha de conocimiento local	Fecha de investigación	Fecha notificación EE SS a Red/Microred	Fecha notificación Red/Microred a DISA	Fecha de notificación de DISA a DGE			

1. REGISTRO: N°. de orden nacional: _____ Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad _____	2. DATOS PERSONALES Nombre del paciente: _____ Fecha nacimiento _____ Edad _____ Sexo () F () DNI _____ Padre _____ Madre _____ Residencia permanente _____ Teléfono: _____ Residencia provisional _____
3. CONOCIMIENTO DEL CASO () Notificación () Búsqueda activa	PRIMER NOTIFICANTE (persona que vio el caso por primera vez) _____ Institución/ Establecimiento de Salud _____ Dirección _____ Teléfono _____

4. CUADRO CLINICO																																																																																																																																																										
Fecha inicio síntomas generales (pródromos) ____ / ____ / ____	Semana epidemiológica N° _____ Fecha de la fiebre al inicio: ____ / ____ / ____ Fecha de la deficiencia motora: ____ / ____ / ____ N° días con parálisis (o tiempo en que parálisis se instaló totalmente:) _____ Progresión de parálisis: Ascendente () Descendente () Mixta()	Fecha de examen físico: Realizado por: _____ Diagnóstico inicial 1. _____ 2. _____																																																																																																																																																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Si</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">Desc</th> </tr> <tr> <td>Tos</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Fiebre</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Estreñimiento</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Vómitos</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Diarrea</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		Si	No	Desc	Tos	()	()	()	Fiebre	()	()	()	Estreñimiento	()	()	()	Vómitos	()	()	()	Diarrea	()	()	()	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">Si</th> <th style="width: 10%;">No</th> <th style="width: 10%;">IGN</th> </tr> <tr> <td>Paresia</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Parálisis</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Pares craneal.</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Flacidez</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Súbita</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Asimetría</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Parestesia</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Babinski</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		Si	No	IGN	Paresia	()	()	()	Parálisis	()	()	()	Pares craneal.	()	()	()	Flacidez	()	()	()	Súbita	()	()	()	Asimetría	()	()	()	Sensibilidad	()	()	()	Parestesia	()	()	()	Babinski	()	()	()	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 10%;">DIM</th> <th style="width: 10%;">AUS</th> <th style="width: 10%;">NORM</th> <th style="width: 10%;">IGN</th> </tr> <tr> <td>Fuerza muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Tono muscular</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miembro superior izquierdo</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro superior derecho</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior izquierdo</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Miembro inferior derecho</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Músculos cervicales</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Reflejos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DIM</td> <td>AUS</td> <td>NORM</td> <td>IGN</td> </tr> </table>							DIM	AUS	NORM	IGN	Fuerza muscular						Miembro superior izquierdo		()	()	()	()	Miembro superior derecho		()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo		()	()	()	()	Miembro inferior derecho		()	()	()	()	Tono muscular						Miembro superior izquierdo		()	()	()	()	Miembro superior derecho		()	()	()	()	Miembro inferior izquierdo		()	()	()	()	Miembro inferior derecho		()	()	()	()	Músculos cervicales		()	()	()	()	Reflejos								DIM	AUS	NORM	IGN
	Si	No	Desc																																																																																																																																																							
Tos	()	()	()																																																																																																																																																							
Fiebre	()	()	()																																																																																																																																																							
Estreñimiento	()	()	()																																																																																																																																																							
Vómitos	()	()	()																																																																																																																																																							
Diarrea	()	()	()																																																																																																																																																							
	Si	No	IGN																																																																																																																																																							
Paresia	()	()	()																																																																																																																																																							
Parálisis	()	()	()																																																																																																																																																							
Pares craneal.	()	()	()																																																																																																																																																							
Flacidez	()	()	()																																																																																																																																																							
Súbita	()	()	()																																																																																																																																																							
Asimetría	()	()	()																																																																																																																																																							
Sensibilidad	()	()	()																																																																																																																																																							
Parestesia	()	()	()																																																																																																																																																							
Babinski	()	()	()																																																																																																																																																							
		DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																																					
Fuerza muscular																																																																																																																																																										
Miembro superior izquierdo		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro superior derecho		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro inferior izquierdo		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro inferior derecho		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Tono muscular																																																																																																																																																										
Miembro superior izquierdo		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro superior derecho		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro inferior izquierdo		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Miembro inferior derecho		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Músculos cervicales		()	()	()	()																																																																																																																																																					
Reflejos																																																																																																																																																										
		DIM	AUS	NORM	IGN																																																																																																																																																					
Signos Dolor muscular () () () Cefalea () () () Mening. () () () Breve descripción de: sensorio, marcha, parálisis.		Localización parálisis : SI NO IGN Prox Dist.																																																																																																																																																								

Bloqueo Localidad (es) _____ Fecha inicio: _____	Búsqueda activa (otros casos similares en el área o localidades vecinas) Nº casos hallados _____ Ingresan al sistema _____ Se descartan _____ (no cumplen criterio) _____
---	---

1 año	1 – 4 años	5 – 14 años	> 15 años	TOTAL VAC	Casas abiertas (casa donde se vacunó)	Casas cerradas (sus residentes han salido)	Casas Abandonadas	TOTAL CASAS

12. SEGUIMIENTO DE SECUELAS:					30 días	60 días	90 días	180 días
Fecha programada					/ /	/ /	/ /	/ /
Fecha que se realizó					/ /	/ /	/ /	/ /

	EVALUACION DEL TROFISMO					EVALUACION DE REFLEJOS				
	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
Fuerza muscular	Miembro superior derecho					Miembro superior derecho				
	Miembro superior izquierdo					Miembro superior izquierdo				
	Miembro inferior derecho					Miembro inferior derecho				
	Miembro inferior izquierdo					Miembro inferior izquierdo				
	Cara					Babinski				
Tono muscular	Miembro superior derecho					Músculos respiratorios				
	Miembro superior izquierdo					Comentarios:				
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cara									
Atrofia	Miembro superior derecho									
	Miembro superior izquierdo									
	Miembro inferior derecho									
	Miembro inferior izquierdo									
	Cervicales									
Sensibilidad										

13. EVALUACION FINAL DE SECUELAS: Fecha: ____ / ____ / ____			
TIPO DE SECUELA:	Ausente ()	LOCALIZACION:	MSI () Cara ()
	Mínima ()		MSD () Músculos cervicales ()
	Media ()		MII () Músculos respiratorios ()
	Grave ()		MID ()

14. ELECTROMIOGRAFIA: Realizado por: _____ en _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Conclusión:

15. CLASIFICACION FINAL Polio salvaje () Polio derivado de la vacuna () Polio asociado a la vacuna () Polio compatible ()
Descartado ()
Especificar _____ Fecha de clasificación ____ / ____ / ____

16. CRITERIOS PARA CLASIFICACION: Laboratorio () Defuncion () Con parálisis residual () Sin parálisis residual ()
Descartado ()

17. SE HA DESCARTADO: SGB () Neuritis traumática () Mielitis transversa () Tumor () Desconocido ()
OTRO : Especificar _____

18. INVESTIGADOR: _____ CARGO: _____ FIRMA: _____
Fecha: ____ / ____ / ____

19. OBSERVACIONES
