

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA										FICHA DE INVESTIGACIÓN VIGILANCIA DE LAS PARÁLISIS FLÁCIDAS AGUDAS (PFA)							
Caso Probable de PFA: Paciente que presenta parálisis flácida aguda (PFA), no causada por trauma.										Dirección de Salud							
										Municipio							
										Caso No.			Año				
DATOS GENERALES																	
Unidad Notificadora																	
Área										Fecha de Notificación							
Responsable					Distrito					Servicio							
Cargo					Teléfono												
DATOS PACIENTE																	
Información del Paciente																	
Nombres					Apellidos					Sexo							
Pueblo					Ocupación					Escolaridad							
Residencia																	
Departamento					Municipio					Poblado							
Dirección																	
Edad		Fecha de Nacimiento			Día	Mes	Año		Años		Meses		Días				
Nombre y apellidos de la madre, padre o encargado																	
INFORMACION CLÍNICA																	
Conocimiento del Caso																	
Fecha de inicio de la parálisis					Semana epidemiológica												
Fechas de Conocimiento																	
Fecha Local			Día	Mes	Año		Área de Salud			Día	Mes	Año		CNE	Día	Mes	Año
Hospitalización																	
Hospitalización		SI	NO	Nombre del Hospital													
Fecha de Hospitalización			Día	Mes	Año		No. de Registro Médico										
Condición de egreso			mejorado	grave	muerto	Fecha de egreso					Día	Mes	Año				
Antecedentes de Vacunación																	
Vacunado			SI	NO	Fuente de Información			carné	SIGSA 5A	cuadernillo	verbal						
Vacuna	OPV		IPV		No. de Dosis			Fecha de última dosis			Día	Mes	Año				
Observaciones:																	
Cuadro Clínico																	
Cuadro clínico del caso						Datos de la Parálisis											
	SI	NO	N/S			SI	NO	N/S									
Fiebre						Fiebre al inicio de la parálisis											
Signos respiratorios						Compromiso de pares craneales											
Signos digestivos						Compromiso respiratorio											
Signos meníngeos						No. días de parálisis											
Dolor muscular						Progresión	ascendente		descendente		No progresión		Se desconoce				
Rash						Fecha de inicio			Día	Mes	Año						
Artralgias						Fecha de inicio			Día	Mes	Año						
Conjuntivitis						Fecha de inicio			Día	Mes	Año						
Miembros Afectados																	
Miembro superior izquierdo																	
Parálisis	proximal	Distal	Reflejos Osteotendinosos	NL	AUM	DISM	AUS	Sensibilidad	NL	AUM	DISM	AUS					
Miembro Superior derecho																	
Parálisis	proximal	Distal	Reflejos Osteotendinosos	NL	AUM	DISM	AUS	Sensibilidad	NL	AUM	DISM	AUS					
Miembro Inferior Izquierdo																	
Parálisis	proximal	Distal	Reflejos Osteotendinosos	NL	AUM	DISM	AUS	Sensibilidad	NL	AUM	DISM	AUS					
Miembro Inferior derecho																	
Parálisis	proximal	Distal	Reflejos Osteotendinosos	NL	AUM	DISM	AUS	Sensibilidad	NL	AUM	DISM	AUS					
IMPRESIÓN CLÍNICA																	
Nombre del evaluador										Teléfono							
INVESTIGACION EPIDEMIOLÓGICA																	
Datos de la investigación																	
Fecha de Visita Domiciliar					Fecha de Inicio de Investigación					Día	Mes	Año					
Existen otros casos probables en la comunidad relacionados con éste caso										SI	NO	Especifique Número					
Visitas recibidas en su casa 30 días antes de iniciada la parálisis										SI	NO	Especifique visitas					
Viajes realizados 30 días antes de iniciada la parálisis										SI	NO	Especifique lugar					
Se le dio seguimiento de 60 días										SI	NO	Fecha					
LABORATORIO																	
Muestras de Laboratorio																	
No recolectó Muestra																	
Tipo de Muestra para Polio virus			Fecha de Recolección			Fecha Envío			Resultado			Fecha Resultado					
Heces	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
Tejido Nervioso	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
Intestino	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
Muestra para Zika										SI		NO					
Orina	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
Suero	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
LCR	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año							
CLASIFICACION FINAL																	
Clasificación Final del Caso																	
Clasificación Final		descartado	compatible	descartado	Fecha de Clasificación Final					Día	Mes	Año					
Diagnóstico Final																	

