

ANEXO 1

FICHA DE NOTIFICACION E INVESTIGACION PARALISIS FLÁCIDA AGUDA			
I. Identificación de la institución que notifica			
Nº Caso:	Región:	Provincia:	Comuna:
Institución que notifica:		Notificado por:	
Tipo de sector de institución: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro (cual) _____			
Fecha de Consulta: __/__/__		Fecha Notificación Seremi: __/__/__	
Fecha investigación: __/__/__			
Fecha Notificación Minsal: __/__/__			
Detectado por: <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Búsqueda Institucional <input type="checkbox"/> Búsqueda de casos en la comunidad			
Búsqueda institucional			
<input type="checkbox"/> Investigación de contactos <input type="checkbox"/> Casos reportados en la comunidad <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Desconocido			
II. Información del paciente			
Nombres:		Apellidos:	
Rut:	Nacionalidad:	Teléfono:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: __/__/__		Edad:
Dirección:		Comuna:	Región:
Tipo de localidad: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Periurbano <input type="checkbox"/> Rural		Ocupación del paciente:	
III. Historia vacunal			
Tipo de vacuna contra Polio: <input type="checkbox"/> VPO <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Desconocido		Nº Dosis: __	Fecha de última dosis: __/__/__
Fuente de información sobre la vacuna: <input type="checkbox"/> Tarjeta de vacunación <input type="checkbox"/> Ficha clínica <input type="checkbox"/> Verbal			
Antecedente de vacuna influenza: <input type="checkbox"/> Ministerial <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otra		Cual:	
Marca de vacuna:	Lote:	Fecha de administración: __/__/__	
Lugar donde fue administrada o adquirida:			
IV. Antecedentes de viajes			
Durante los últimos 2 meses, ha viajado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
País:		Ciudad:	
Fecha de entrada: __/__/__		Fecha de salida: __/__/__	
IV. Datos Clínicos			
Pródromos			
Fiebre: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuadro respiratorio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cuadro gastrointestinal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de inicio de este cuadro: __/__/__	
Ha presentado en otra ocasión SGB, PFA o neuropatía: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cual:		Fecha:	
Parálisis			
Fecha inicio: __/__/__		Fiebre al inicio de parálisis: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Compromiso Respiratorio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Compromiso pares craneales: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Signos			
Dolores musculares: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Signos meníngeos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Progresión:			
Dirección: <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> Otra		Días hasta la instalación de Parálisis completa:	

Localización superior			Localización inferior		
Izquierdo		Derecho	Izquierdo		Derecho
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Parálisis	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Parálisis	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Fláccida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Fláccida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución proximal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución proximal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución distal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Distribución distal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos normales	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos normales	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos aumentado	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos aumentado	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos disminuidos	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos disminuidos	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos ausentes	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Reflejos osteotendíneos ausentes	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad normal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad normal	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad aumentada	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad aumentada	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad disminuida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad disminuida	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad ausente	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	Sensibilidad ausente	<input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No
Si fue hospitalizado, nombre del hospital			Fecha de hospitalización: __/__/__		
Defunción: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No			Fecha: __/__/__		Causa defunción:
V. Laboratorio					
Fecha de toma de muestra: __/__/__		Fecha de envío de muestra: __/__/__		Fecha de recepción: __/__/__	
Muestra de laboratorio a los contactos (sólo en caso de confirmación de Poliovirus)					
Muestra	Nombre	Apellidos	Edad	Nºdosis VPO	Fecha ultima dosis
					__/__/__
					__/__/__
					__/__/__
Fecha de toma de muestra	Fecha de recepción	Los contactos deben ser < de 5 años y no presenten antecedentes de administración de vacuna contra poliovirus dentro de los 30 días precedentes			
__/__/__	__/__/__				
__/__/__	__/__/__				
__/__/__	__/__/__				
VI. Seguimiento a los 60 días					
Fecha de seguimiento: __/__/__		Parálisis residual compatible con polio: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No		Atrofia: <input type="checkbox"/> _Si <input type="checkbox"/> _No	
VII. Bloqueo (sólo en caso de confirmado por Poliovirus)					
Fecha de vacunación a susceptibles/bloqueo: __/__/__		Población < 5 años: ____		Total de < 5 años vacunados: ____	
Nº viviendas aproximado en la zona de vacunación: ____			Nº viviendas visitadas: ____		
VIII. Clasificación					
Clasificación final: <input type="checkbox"/> _Confirmado polio salvaje <input type="checkbox"/> _Confirmado polio derivado de la vacuna <input type="checkbox"/> _Polio compatible					
<input type="checkbox"/> _Confirmado polio asociado a la vacuna <input type="checkbox"/> _Descartado					
Criterio para la clasificación: <input type="checkbox"/> _Laboratorio <input type="checkbox"/> _Caso perdido <input type="checkbox"/> _Defunción <input type="checkbox"/> _Con parálisis residual <input type="checkbox"/> _Sin parálisis					
Si se descartó, diagnóstico: <input type="checkbox"/> _Guillain-Barré <input type="checkbox"/> _Neuritis traumática <input type="checkbox"/> _Mielitis transversa <input type="checkbox"/> _Tumor <input type="checkbox"/> _Desconocido					
IX. Investigador					
Nombre del investigador:		Cargo:		Fecha: __/__/__	
Comentarios:					

ANEXO 2
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS
FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASO

Recuerde que todo Caso Probable de Poliomieltitis, que haya sido ingresado al sistema de Vigilancia, deberá tener una evaluación médica a los 60 días post inicio de la PFA, a fin de detectar secuelas compatibles con Polio.

Nombre del caso: _____

Fecha de inicio de la parálisis _____ Fecha evaluación de los 60 días: _____

Evolución Clínica (Encierre en un círculo lo que corresponda)

Parálisis Residual compatible con Polio: SI__ NO__ Atrofia: SI__ NO__

Hipótesis Diagnóstica Inicial: _____

Diagnóstico Final: _____

Clasificación final

Recuerde las siguientes definiciones:

Caso Descartado: es todo caso probable que tiene resultado negativo para poliovirus salvaje en una muestra adecuada de heces, que a los 60 días está sin parálisis residual compatible con polio y la muestra ha resultado negativa para virus polio.

Cuando no se ha logrado obtener una muestra de heces, para descartar el caso será necesario documentarlo con otros estudios neurofisiológicos y el examen clínico realizado por el neurólogo tratante.

Caso Compatible: es todo caso probable que presenta parálisis residual compatible con poliomieltitis después de 60 días de iniciada la PFA, o al cual no se le hizo seguimiento o el que falleció sin que se le tomara una muestra de heces durante los primeros 14 días post inicio de la PFA.

Caso de Poliomieltitis asociada a la vacuna: es el caso de PFA, cuyo origen se atribuye al virus de la vacuna y que cumple los 4 requisitos siguientes:

Clínicamente es típico de poliomieltitis; incluyendo las secuelas; y había recibido VPO entre 4 y 40 días antes del inicio de la parálisis; y se le había aislado virus polio vacunal en la muestra de heces; y La dosis implicada debe ser, de preferencia, la primera.

De acuerdo a lo anterior este caso es: DESCARTADO: SI__ NO__
 COMPATIBLE: SI__ NO__
 ASOCIADO A LA VACUNA: SI__ NO__

OBSERVACIONES:

Nombre del responsable de la Evaluación: _____

ANEXO 3
FICHA DE DIAGNOSTICO FINAL PARA MAYORES DE 15 AÑOS

Recuerde que todo caso mayor de 15 años, que presente parálisis flácida aguda, y que haya sido ingresado al sistema de Vigilancia, deberá verificarse el diagnóstico final a los 15 días del inicio de los síntomas.

Nombre del Caso: _____

Fecha de Inicio de la Parálisis _____

Fecha de Alta Hospitalaria _____

Fecha de Verificación de Diagnóstico Final _____

Diagnóstico Final: _____

Observaciones: _____

Nombre del Responsable de la Verificación Diagnóstica: _____

ANEXO N° 4
SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA ERRADICACION DE LA POLIOMIELITIS
FICHA DE TRASLADO DE CASO

Esta Ficha, será completada, sólo cuando el caso probable se traslade de una región a otra. No es necesario completarla cuando el caso se traslada dentro de una misma región.
Recuerde avisar al epidemiólogo de la SEREMI donde se trasladará este caso, acerca de este traslado.

Datos a Completar por la SEREMI de Origen del Caso

Nombre del Caso: _____ Edad: _____

Fecha de Inicio de la PFA: _____

Nombre Establecimiento de origen: _____

N° Ficha Clínica Establecimiento de Origen: _____

Fecha de Traslado: _____

Nombre de Establecimiento de Destino: _____

Toma de Muestra de Heces Previo al Traslado: SI__ NO__ Fecha: _____

Fecha de Envío de Muestra a ISP: _____

Datos a Completar por la SEREMI de Destino del Caso

Comuna Donde se Ubica el Establecimiento de Destino: _____

Fecha de Hospitalización: _____

Servicio Clínico de Hospitalización: _____

N° de Ficha: _____

La SEREMI de origen del caso, será responsable de enviar este Anexo a la SEREMI de destino. Por su parte, la SEREMI donde se ubica el Establecimiento de destino, será responsable de completar este Anexo y enviar una copia de esta Ficha al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud, apenas se hospitalice el caso.

ANEXO 5
VIGILANCIA DE PARALISIS FLACCIDA AGUDA
FORMULARIO DE ENVIO DE MUESTRA FECAL PARA ESTUDIO DE POLIOVIRUS
SUBDEPARTAMENTO VIROLOGIA I.S.P.

I) Identificación del caso o contacto:					
Nombres:		Apellido paterno:		Apellido materno:	
Fecha de nacimiento:		Edad:		Sexo	
		Años	Meses	días	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
II) Información clínica y de vacuna oral de poliovirus (VOP):					
<input type="checkbox"/> Contacto de:					
<input type="checkbox"/> Caso	Diagnóstico clínico:				
N° de dosis VOP recibidas:		Fecha última dosis VOP:		Fecha inicio de la parálisis:	
III) Información de laboratorio:					
<input type="checkbox"/> Muestra fecal	<input type="checkbox"/> Otra:				N° interno Virología
Fecha toma de muestra	Fecha envío al ISP	Fecha recepción ISP	Mantiene cadena de frío		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
IV) Identificación de la institución que solicita :					
SEREMIS o S. Salud:				Fecha de Solicitud:	
Nombre del centro asistencial:					
Servicio o Unidad:				Fono/fax:	
Solicitado por					
Dirección (calle, número, ciudad):					

INSTRUCCIONES.

- 1.- Envíe una hoja formulario para la muestra de cada paciente, ya sea éste un caso o un contacto.
- 2.- Sólo se aceptará para vigilancia de PFA la muestra que venga con este formulario, el que deberá ser completado en su totalidad a excepción de los datos a llenar en el ISP. Formulario disponible en formato Word, para impresión o para llenado electrónico y posterior impresión, en página [www. ispch.cl](http://www.ispch.cl)
- 3.- Toda muestra de deposición deberá ser envasada en un frasco limpio, de boca ancha y tapa hermética SIN medio de transporte o agentes preservantes.
- 4.- Rotular el frasco con el nombre del paciente y la fecha de la toma de la muestra.
- 5.- La muestra deberá ser congelada y enviada a la Sección Recepción y Toma de Muestras del ISP, Av Marathon N° 1000, Ñuñoa, Santiago.
- 6.- La recepción de muestras se realiza de Lunes a Viernes de 08.30 a 12.00 hrs. para la Región Metropolitana y hasta las 16.00 hrs. para el resto de las regiones.
- 7.- En caso de dudas consultar a:

a) Unidad de Recepción de Muestras I.S.P.	Fono Red Minsal: 255187 - 255205
	Fono ISP: 5755187- 3507244
b) Sección Virología I.S.P.	Fono Red Minsal: 255448 - 255450
	Fono ISP: 5755448 - 5755450

EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA IMPRENTA