

Datos del enfermo

Apellidos:..... Nombre:.....
 Domicilio:..... Nº:..... Piso:..... Teléfono:.....
 Municipio:..... Código postal:..... Área:..... Distrito:..... Zona Básica:.....
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Meses Años
 País de nacimiento: España Otros Especificar:..... Año de llegada a España:.....
 Pertenencia a grupos sociales desfavorecidos (especificar):.....

Datos clínicos

1. PRÓDROMOS (4 semanas antes del inicio de la parálisis):

	si	no	nc		si	no	nc
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. orofaríngeos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decaimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SÍNTOMAS AL INICIO DE LA PARÁLISIS

Fecha de inicio de los síntomas de la parálisis:..... / /

	si	no	nc		si	no	nc
Letargia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit sistema sensitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parestesias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Días hasta la presentación de la parálisis completa:..... días

Desarrollo de la parálisis: Ascendente Descendente Bulbar Otra:.....

3. LOCALIZACIÓN DE LA PARÁLISIS FLÁCCIDA

Parálisis	si	no	nc	Proximal		Distal	
				Reflejos*	Sensibilidad*	Reflejos*	Sensibilidad*
Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ingreso en hospital: Si No Fecha de hospitalización:...../...../.....
 Centro:..... Servicio:.....

*Para reflejos y sensibilidad: M=mayor; m=menor; A=Ausente; N=normal; NS=no sabe

Datos de laboratorio (estudio virológico/bacteriológico/serológico)

Muestra	Fecha de recogida	Fecha de envío	Fecha de recepción	Fecha de resultados	Resultados Aislamientos
1 HECES					
2 HECES					
1 SUERO					
2 SUERO					
L.C.R.					

Punción lumbar: Si Fecha..... / / Proteínas..... Glucosa Células.....
 No

Comentarios:.....

Otros datos epidemiológicos

¿Ha recibido vacuna frente a Poliomielitis? No Si

Tipo de vacuna: Oral atenuada (VOP) Inyectable inactivada (VIP) Lote:.....

Nº Dosis recibidas:..... Fechas aproximadas:..... / /
 / /
 / /
 / /

Ultima dosis recibida. Fecha / /

Presenta documento de vacunación No Si

¿Ha realizado un viaje recientemente (<30 días)? No Si

¿Donde? (Detalle lugar) Fecha de regreso..... / /

¿Ha tenido contacto con vacunados de VOP, 60 días antes del inicio del cuadro? No Si

Fecha del contacto:..... / / Relación:.....

¿Padece algún tipo de inmunodeficiencia? No Si Especificar

Contactos

	Iniciales	Edad	Dosis VOP	Ultima dosis	Recogida muestra	Envío muestra	Resultado	Estudio realizado	Resultado
1									
2									
3									
4									
5									

Evolución clínica

¿Presenta parálisis residual a los 60 días del inicio? No Si Nc

Fecha:..... / / Localización:

Fecha de alta hospitalaria:..... / / Diagnóstico al alta:

Defunción: No Si Fecha..... / / Causa:.....

Clasificación definitiva del caso

Polio Compatible con Polio Asociado a vacuna VOP

Descartado Especificar diagnóstico:

Datos del declarante

Fecha de declaración del caso: / / Médico que declara el caso:.....

Centro de Trabajo:..... Teléfono:.....

Municipio:..... Provincia:.....

Fecha de inicio de la investigación epidemiológica: / /

A rellenar por el laboratorio receptor

Fecha de recepción:..... / /

Nombre de la persona que recibe las muestras:.....

Estado de las muestras. En buenas condiciones si:

- Temperatura <8°C
- El volumen es adecuado >=8gr. (tamaño nuez)
- Incluye documentación apropiada
- No hay evidencia de humedad o desecación