



Gobierno Provincial

Ministerio de Salud Pública

PARÁLISIS FLACCIDA AGUDA  
 EN MENORES DE 15 AÑOS

PAF

1. DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Teléfono: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento Notificador: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Notificación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. DATOS DE VACUNACIÓN

Sabin: \_\_\_\_\_ Salk: \_\_\_\_\_  
 N° de dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de última dosis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ← Dato Importante para acciones de vigilancia  
 Fecha de consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

	PRODROMOS	FIEBRE	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENINGEOS	DOLOR MUSC.
SI						
NO						
NO SABE						

Parálisis inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fiebre: SI  NO  N/S

Miembro	Parálisis						Reflejos (*) Osteotendinosos					Sensibilidad (*)				
	Proximal			Distal												
	SI	NO	N/S	SI	NO	N/S	N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo Derecho							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Brazo Izquierdo							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna Derecha							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS
Pierna Izquierda							N	H	D	A	NS	N	H	D	A	NS

(\*) N: Normal | H: Aumentado | D: Disminuido | A: Ausente | NS: No Sabe (Marcar lo que corresponda)

PROGRESIÓN DE LA PARÁLISIS

Ascendente:  Descendente:  Sin progresión:  Simétrica:  Asimétrica:  Desconocida:

Compromisos de pares craneales: SI  NO  N/S

Compromiso respiratorio: SI  NO  N/S

ARM: SI  NO  N/S

Defunción: SI  NO  Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Posible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis. (Tener en cuenta viajes en ese período)  
 ¿Dónde residió? \_\_\_\_\_  
 ¿Hubo algún caso de poliomiелitis en la zona? \_\_\_\_\_  
 Control de Foco Vacunación de bloqueo: \_\_\_\_\_ N° Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

5. LABORATORIO

Materia Fecal: SI  NO  Resultado: \_\_\_\_\_  
 Enterovirus: \_\_\_\_\_ Adenovirus: \_\_\_\_\_ Polio Vacunal: \_\_\_\_\_ Salvaje: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Seguimiento  
 Evaluación 60 días: SI  NO  Parálisis residual: SI  NO  N/S   
 Atrofia: SI  NO  N/S  EMG: SI  NO

6. CLASIFICACIÓN FINAL

Polio:  Compatible con Polio:  Relación c/ VPP: \_\_\_\_\_  
 Descartado:  G. Barré:  Neuritis traumática:  Mielitis transversa:  Tumor:  Otros:

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_