



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

Possible fuente de infección durante los 30 días previos a la parálisis. (Tener en cuenta viajes en ese período)

¿Dónde residió?

¿Hubo algún caso de poliomielitis 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:		
<b>Seguimiento</b>						
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: