

MODELO 3

Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação

A preencher pelas respectivas entidades:

COORDENADOR REGIONAL Data de receção / /	DGS Data de receção / / Nº de caso _____
--	---

Por favor, envie cópia para o Coordenador Regional do Programa aos 60 a 80 dias após o início da paralisia (ou da suspeita clínica de poliomielite, sem paralisia).

REAVALIAÇÃO CLÍNICA – 60 dias

HOSPITAL _____ Serviço _____

Nome do médico _____ Cédula profissional _____

Telemóvel _____ Email _____

DOENTE

Nome _____

Sexo F M Idade _____ Data de Nascimento / /

EVOLUÇÃO DO DOENTE

Data do início da paralisia/suspeita poliomielite / / Data de alta / /

O doente foi observado \geq 60 dias após o início da paralisia /suspeita de poliomielite, sem paralisia (\leq 80 dias)?

Sim Data / /

Não Motivo Perda de seguimento

Óbito Data / / Causa _____

Outra _____

DADOS CLÍNICOS (por favor, responder ao não respondido no Modelo 1)

Teve meningite asséptica?	S	N	NS									
Teve paralisia?	S	N	NS									
Progressão rápida (\leq 4 dias)	S	N	NS	Assimétrica	S	N	NS	Descendente	S	N	NS	
Presente à data da reavaliação?	S	N	NS									

Localização da paralisia, à data:

Membro superior direito		proximal		distal	
Membro superior esquerdo		proximal		distal	
Membro inferior direito		proximal		distal	
Membro inferior esquerdo		proximal		distal	
Músculos respiratórios		Especificar:			
Face					
Outros					

MODELO 3

Nome do doente _____

Se mantém paralisia, houve melhoria desde a instalação máxima até à reavaliação? S N NSSe *sim*, descreva _____

RESULTADOS LABORATORIAIS

Fezes: Enterovírus negativo positivo Identificação _____ Data / /Diferenciação intratípica (*poliomielite*) _____ Data / /

LCR*: Células ____ Proteínas ____ Glicose ____ Microbiologia _____ Data / /

Outro: _____ Resultados _____ Data / /

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Data / /

 Poliomielite confirmada por vírus: selvagem vacinal derivado da vacina Polirradiculoneurite / S. Guillain-Barré / S. Landry Mielite transversa aguda Neuropatia traumática Tumor da medula** ou outra neoplasia Neuropatia periférica por infecção/intoxicação _____ Doença sistémica, metabólica, muscular ou óssea _____ Paralisia de etiologia desconhecida ou diagnóstico desconhecido Outro _____

Observações

Data / / Assinatura do médico assistente _____

Validado pelo Coordenador Regional em / / Assinatura _____

Contatos DGS – e-mail: pfa@dgs.pt

Telefone: 21 843 0702/565 Fax: 21 843 0711

S – sim N – não NS – não sabe

* Se não respondido no Modelo 1

** Compressão aguda da medula por neoplasia, hematoma ou abscesso