

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO**  
**PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE**

Nº

**CASO SUSPEITO:**

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.  
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <input type="checkbox"/> Individual <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Individual		2 Agravado/doença <b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>		Código (CID10) <b>A 8 0 . 9</b>		3 Data da Notificação	
	4 UF		5 Município de Notificação				Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica							
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro			21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência			27 CEP	
	28 (DDD) Telefone			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>							
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da 1ª Consulta		32 Data da Investigação		33 Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34 Número de doses válidas
35 Data da Última Dose da Vacina		36 Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				37 Se sim, País de origem		
Dados Clínicos	38 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						39 Data Início da Def. Motora	
	<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Dores Musculares		<input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios	
	<input type="checkbox"/> Vômitos		<input type="checkbox"/> Obstipação		<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Outros _____	
	40 Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
	<input type="checkbox"/> Aguda		<input type="checkbox"/> Flácida		<input type="checkbox"/> Assimétrica		<input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias	
	<input type="checkbox"/> Ascendente		<input type="checkbox"/> Descendente					
41 Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado				42 Localização 1-Distal 2-Proximal 3-Todo o membro 9-Ignorado				
<input type="checkbox"/> MIE		<input type="checkbox"/> MSE		<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MSD		
43 Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				44 Fase Aguda Data do Exame		45 Força Muscular		
<input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória		<input type="checkbox"/> Musculatura Cervical		<input type="checkbox"/> Face		<input type="checkbox"/> MIE		
<input type="checkbox"/> MSE		<input type="checkbox"/> MSE		<input type="checkbox"/> MSE		<input type="checkbox"/> MSE		
<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MID		
<input type="checkbox"/> MSD		<input type="checkbox"/> MSD		<input type="checkbox"/> MSD		<input type="checkbox"/> MSD		
<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
46 Tônus Muscular				47 Sensibilidade				
<input type="checkbox"/> MIE		<input type="checkbox"/> MSE		<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MSD		
<input type="checkbox"/> Musc. Cervical		<input type="checkbox"/> Face		<input type="checkbox"/> MIE		<input type="checkbox"/> MSE		
<input type="checkbox"/> Face		<input type="checkbox"/> Face		<input type="checkbox"/> MID		<input type="checkbox"/> MSD		
<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		<input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
48 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado								
<input type="checkbox"/> Aquileu E		<input type="checkbox"/> Aquileu D		<input type="checkbox"/> Patelar E		<input type="checkbox"/> Patelar D		
<input type="checkbox"/> Bicipital E		<input type="checkbox"/> Bicipital D		<input type="checkbox"/> Tricipital E		<input type="checkbox"/> Tricipital D		

**Dados Clínicos (Cont.)**

**49** Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Extensão E  
 Flexão D  Extensão D

**50** Sinais de Irritação Meníngea  
 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado  
 Kernig  Rigidez de Nuca  Brudzinski

**51** Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim   
 2 - Não  
 9 - Ignorado

**52** Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

**53** História de Injeção Intramuscular   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**54** Local de Aplicação   
 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D

**Atendimento**

**55** Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)

**56** Ocorreu Hospitalização   
 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

**57** Data da Internação

**58** UF **59** Município do Hospital

Código (IBGE)

**Dados do Laboratório**

**60** Data da Coleta

**61** Data do envio do Nível Local para o Estadual

**62** Data do envio do Nível Estadual para o LRR

**63** Data do Recebimento no LRR

**64** Quantidade   
 1 - Suficiente  
 2 - Insuficiente

**65** Condições   
 1 - Temperatura Adequada  
 2 - Temperatura Alterada

**66** Data do Resultado

**67** Resultado  
 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4- P1 Selvagem 5- P2 Selvagem 6- P3 Selvagem  
 7- Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3

**68** Exames Complementares

Líquor					
Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /					
/ /					

**Eletroneuromiografia**

**69** Data da Realização

**70** Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)

**71** Coletado Material Anatomopatológico?  Cérebro  Medula  Intestino  
 1 - Sim  
 2 - Não  
 9 - Ignorado

**72** Data da Coleta

**73** Resultado   
 1 - Compatível com poliomielite  
 2 - Não compatível com poliomielite

**Evolução do Caso (revisita)**

**74** Data da Revisita

**75** Força Muscular  
 MIE  MSE  MID  MSD  
 1-Diminuída  
 2-Ausente  
 3-Normal  
 9-Ignorado

**76** Tônus Muscular  
 MIE  MSE  MID  MSD  
 Musc. Cervical  Face  
 1-Diminuído  
 2-Ausente  
 3-Normal  
 4- Aumentado  
 9-Ignorado

**77** Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado  
 Aquileu E  Aquileu D  Patelar E  Patelar D  Bicipital E  Bicipital D  Tricipital E  Tricipital D

**78** Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Flexão D  Extensão E  Extensão D

**79** Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD

**80** Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado  
 MIE  MSE  MID  MSD  Face

**Conclusão**

**81** Data da Revisão

**82** Classificação Final   
 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível  
 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV

**83** Critério de Classificação   
 1-Laboratorial 2-Clínico Epidemiológico  
 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução

**84** Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)

**85** Evolução   
 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela  
 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado

**86** Data do Óbito

**87** Data do Encerramento

**Investigador**

Município/Unidade de Saúde

Cód. da Unid. de Saúde

Nome

Função

Assinatura