

NO LLENAR LOS APARTADOS SOMBREADOS EN CASOS DE 15 AÑOS Y MÁS

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____

FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] SEXO: [] [] EDAD: AÑOS [] [] MESES [] []

DÍA MES AÑO MASC. FEM.

RESIDENCIA ACTUAL:

CALLE: _____ COLONIA: _____

NÚMERO EXTERIOR _____ NÚMERO INTERIOR _____

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO (LADA): _____

II. DATOS DE LA UNIDAD NOTIFICANTE

ENTIDAD _____ JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____ INSTITUCIÓN: _____ CLUES: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

III. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

FECHA DE PRIMER CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD: [] [] [] FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: [] [] []

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN: [] [] [] NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: [] [] []

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: [] [] []

DÍA MES AÑO

IV. DIAGNÓSTICO PROBABLE

DIAGNÓSTICO INICIAL: 1=POLIO, 2=PFA

V. ANTECEDENTE VACUNAL *(MENORES DE 15 AÑOS DE EDAD)

¿CUENTA CON APLICACIÓN DE VACUNA DE POLIOMELITIS? 1=IPV(PENTAVALENTE ACELULAR), 2=SABIN, 3=NO, 9=SE DESCONOCE

FUENTE: [] [] [] FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS: [] [] []

1=CARTILLA, 2=COMPROBANTE, 3=CENSO NOMINAL, 9=SE DESCONOCE DÍA MES AÑO

VI. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

PROCEDENCIA DEL CASO: 1=LOCAL (MISMA ENTIDAD), 2=FORÁNEO.

¿HA VISITADO LUGARES EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE FECHA EN QUE VISITÓ: [] [] []

DÍA MES AÑO

SI ES FORÁNEO: PAÍS: _____ ENTIDAD: _____ CIUDAD O LUGAR: _____

¿ESTUVO EN CONTACTO CON CASOS SIMILARES? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE

VII. DATOS CLÍNICOS

PRÓDROMOS (21 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA PARÁLISIS): _____ FECHA DE INICIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: [] [] []

DÍA MES AÑO

INDIQUE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA 1=SI/2=NO/9=SE IGNORA

Fiebre [] Respiratorios [] Digestivos [] Mialgias [] Signos meníngeos [] Artritis []

Exantema [] Conjuntivitis [] Cefalea [] Artralgias [] Dolor retroocular [] Otros: _____

FECHA DE INICIO DE LA PARÁLISIS/PARESIA: [] [] [] ¿TUVO FIEBRE AL INICIO DE LA PARÁLISIS? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE

DÍA MES AÑO

FECHA DE ESTABILIZACIÓN DE LA PARÁLISIS: [] [] [] ¿DÍAS DE INSTALACIÓN? [] 1= 1 A 5 DÍAS, 2= 6 A 10 DÍAS, 3= 11 A 15 DÍAS, 4= 16 A 20 DÍAS, 9=SE DESCONOCE

DÍA MES AÑO

PROGRESIÓN 1=ASCENDENTE, 2=DESCENDENTE CARACTERÍSTICA DE LA PARÁLISIS 1=SIMÉTRICA, 2=ASIMÉTRICA

FECHA DE 1a VALORACIÓN NEUROLÓGICA: [] [] []

DÍA MES AÑO

FECHA DE 2da VALORACIÓN NEUROLÓGICA: [] [] []

DÍA MES AÑO

¿FUE HOSPITALIZADO? 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE

	PRESENCIA DE PARÁLISIS		FECHA DE INICIO			TIPO		REFLEJOS		SENSIBILIDAD	
	IZQUIERDO	DERECHO	DÍA	MES	AÑO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO
BRAZOS											
MUSLOS											
PIERNAS											
PIES											
OPCIONES	1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE					1=PROXIMAL, 2=DISTAL, 3=AMBOS, 9=SE DESCONOCE		1=AUMENTADOS, 2=DISMINUIDOS, 3=AUSENTES, 4=NORMALES, 9=SE DESCONOCE		1=AUMENTADA, 2=DISMINUIDA, 3=AUSENTE, 4=NORMAL, 9=SE DESCONOCE	

FECHA DE INGRESO: [] [] [] FECHA DE EGRESO: [] [] [] 1=SI, 2=NO, 9=SE IGNORA

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

AFECCIÓN DE PARES CRANEALES PARÁLISIS DE MÚSCULOS RESPIRATORIOS

VIII. GABINETE

ELECTROMIOGRAFIA COMPATIBLE CON: 1 = poliomielitis, 2 = sgb, 3 = normal, 4 = otro. ¿REALIZADO? 1=SI, 2=NO

VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN COMPATIBLE CON: 1 = poliomielitis, 2 = sgb, 3 = normal, 4 = otro. ¿REALIZADO? 1=SI, 2=NO

IX. LABORATORIO

FOLIO INDRE

ESTUDIO DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

FECHA: ASPECTO: CÉLULAS: xmm3 LEUCOS: xmm3 LINFOS: % GLUCOSA: mg/dl PROTEÍNAS mg/dl

DÍA MES AÑO

HECES 1	TOMA	RECEPCIÓN AL LESP	ENVÍO AL INDRE	RECEPCIÓN AL INDRE	RESULTADO
FECHAS DE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
MUESTRA:	1=ADECUADA, 2=INADECUADA				
RESULTADO:					
AISLAMIENTO VIRAL:	<input type="checkbox"/> 1=POSITIVO, 2=NEGATIVO	RT-PCR [§] <input type="checkbox"/>	RT-PCR TIEMPO REAL** <input type="checkbox"/>	SERONEUTRALIZACIÓN* <input type="checkbox"/>	

§| P1=POLIO 1, P2=POLIO 2, P3=POLIO 3, 123=POLIO 1.2. y 3, NP=NO POLIO, N=NEGATIVO, R=REVERTANTE, NR=NO REVERTANTE, S=SALVAJE, M=MEZCLA DE POLIO CON ENTEROVIRUS NO POLIO

**| N=NEGATIVO, EVNP=ENTEROVIRUS NO POLIO, PP=POSIBLE POLIO, PVI-NSL=POLIO 1 NO SABIN LIKE, PV2-NSL=POLIO 2 NO SABIN LIKE, PV3-NSL=POLIO 3 NO SABIN LIKE, PVI-SABIN, PV2-SABIN, PV3-SABIN

SE TOMÓ MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO ZIKA: 1=SI, 2=NO, 9=SE DESCONOCE

Suero

Fecha toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Fecha resultado PCR-Tiempo Real: ___/___/___ Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo: ___/___/___

Saliva

Fecha toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Fecha resultado PCR-Tiempo Real: ___/___/___ Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo: ___/___/___

Orina

Fecha toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Fecha resultado PCR-Tiempo Real: ___/___/___ Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo: ___/___/___

Laboratorio donde se procesó la muestra: _____

EN CASO DE TENER SÍNTOMAS RESPIRATORIOS EN LOS 15 DÍAS PREVIOS A LA PARÁLISIS, TOMAR MUESTRA PARA DIAGNÓSTICO DE ENTEROVIRUS D68:

Exudado nasofaríngeo:

Fecha toma: ___/___/___ Fecha de recepción: ___/___/___ Fecha resultado PCR-Tiempo Real: ___/___/___ Resultado: + - Muestra rechazada: Fecha de rechazo: ___/___/___

X. ESTUDIO DE CONTACTOS

No.	NOMBRE	EDAD		SEXO		CONTACTO *		TOMA DE MUESTRA		FECHA DE TOMA DE MUESTRA		
		AÑOS	MESES	MAS	FEM	I	E	SI	NO	DÍA	MES	AÑO
1												
2												
3												
4												
5												

*Información de CONTACTO: I=Intradomiciliarios, E=Extradomiciliarios

XI. EVOLUCIÓN

REVISADO POR: _____ GRUPO DE EXPERTOS: 1=SI, 2=NO CEVE 1=SI, 2=NO COMITÉ NACIONAL: 1=SI, 2=NO FECHA DE REVISIÓN:

DÍA MES AÑO

CLASIFICACIÓN FINAL PARA POLIOMIELITIS: 1=DESCARTADO A POLIOMIELITIS, 2=CONFIRMADO A POLIOMIELITIS POR VIRUS SALVAJE, 3=CONFIRMADO A POLIOMIELITIS DERIVADO A LA VACUNA, 4=CONFIRMADO ASOCIADO A LA VACUNA

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN: 1=LABORATORIO/GABINETE, 2=CLÍNICA, 3=ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO, 4=CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

DIAGNÓSTICO FINAL: K=POLIO, L=SGB, Q=MIELITIS TRANSVERSA, L1=SGB ASOCIADO A VACUNA DE INFLUENZA L2=SGB ASOCIADO A VACUNA CONTRA AH1N1 W=INT. POR KARWINSKIA, V=EV, C=LESIÓN DEL NERVO CIÁTICO, N=NEURO INFECCIÓN, Z=SGB ASOCIADO A ZIKA, M=TRAUMA/O-TUMOR, P=OTRO (**ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES RESULTADO DE LABORATORIO EN CASO DE TOMA DE EXUDADO FARÍNGEO)

ESTADO ACTUAL: 1=CONVALESCIENTE, 2=RECUPERADO, 3=SECUELAS, 4=DEFUNCIÓN, 9=SE DESCONOCE

FECHA DE DEFUNCIÓN: NÚMERO DE FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: CAUSA BÁSICA: _____

DÍA MES AÑO

XII. OBSERVACIÓN

OBSERVACIONES: _____

XIII. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO (LADA): _____