

PARALISIA FLÁCIDA AGUDA/ POLIOMIELITE
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está freqüentando ou freqüentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (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 ou 10= Não se aplica).
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente.
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.

21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.
31. Informar a data da 1ª Consulta. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
32. Informar a data de início da investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
33. Informar se tomou ou não vacina contra poliomielite. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado) **VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
34. Informar o número de doses validas (são consideradas doses validas, quando ocorre intervalo mínimo de 30 dias entre uma dose e outra).
35. Preencher com a data da última dose da vacina contra poliomielite.
36. Informar se o paciente viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
37. Se afirmativo, informar o País.
38. Informar quais os sinais e sintomas apresentados pelo paciente (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). Caso o paciente apresente outros sinais e sintomas, listar no campo “**outros**”.
39. Informar a data de início da deficiência motora em qualquer um dos membros (a semana epidemiológica será de cálculo automático). Este é um **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
40. Informar os campos correspondentes às características da deficiência motora apresentada pelo paciente (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
41. Informar a condição da força no membro afetado (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
42. Informar a localização da deficiência motora no membro afetado. (1= Distal, 2= Proximal, 3= Todo o membro ou 9= Ignorado).
43. Informar se houve comprometimento da musculatura respiratória, musculatura cervical e/ou da face. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado)
44. Informar a data de realização do exame físico nos primeiros 15 dias da instalação do quadro clínico de deficiência motora – FASE AGUDA
45. Caracterizar a condição da força muscular dos membros superiores e inferiores, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado).
46. Caracterizar o tônus muscular dos membros superiores e inferiores, da musculatura cervical e da face na fase aguda (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado).
47. Caracterizar a sensibilidade nos membros superiores e inferiores, e na face, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Parestesia, 5= Prejudicado ou 9= Ignorado).
48. Caracterizar os reflexos dos membros superiores e inferiores, na fase aguda. (1=Diminuída, 2=Ausente, 3= Normal, 4= Aumentado ou 9= Ignorado).

49. Informar a presença ou não do reflexo cutâneo plantar esquerdo e direito. (1=Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
50. Informar a presença ou não de sinais de irritação meníngea. (1= Ausente, 2= Presente ou 9= Ignorado).
51. Informar se o paciente teve ou não contato ou ingestão de substâncias tóxicas (agrotóxicos, chumbo, mercúrio, medicamentos) nos 15 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1= Ausente, 2= Presente ou 9= Ignorado).
52. Em caso da resposta afirmativa ao item 49, especificar a substância tóxica apenas na ficha/papel.
53. Informar se o paciente recebeu injeção intramuscular nos 15 dias anteriores à instalação da deficiência motora. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
54. Em caso de resposta afirmativa ao item 51, informar o local da aplicação conforme tabela.
55. Informar a Hipótese Diagnóstica do caso, conforme tabela anexa.
56. Informar se o paciente foi hospitalizado.
57. Preencher com a data da internação hospitalar do paciente.
58. Preencher com a sigla da unidade federada onde o paciente foi internado (ex. MG).
59. Preencher com o nome completo do município onde o paciente foi internado.
60. Informar a data da coleta da amostra de fezes.
61. Informar a data do envio da amostra de fezes do nível local para o nível estadual.
62. Informar a data do envio da amostra de fezes do nível estadual para o Laboratório de Referência.
63. Informar a data do recebimento da amostra de fezes - pelo Laboratório de Referência.
64. Informar se a quantidade de amostra de fezes recebida pelo Laboratório de Referência foi suficiente ou insuficiente.
65. Informar as condições de temperatura da amostra de fezes recebida pelo Laboratório de Referência.
66. Informar a data do resultado do exame da amostra de fezes realizado pelo Laboratório de Referência.
67. Informar o resultado do exame da amostra de fezes.
68. Exames Complementares: Informar a data da coleta do líquido, o número de células isoladas, o número absoluto ou percentual de linfócitos, proteínas, glicose e cloreto.(Obs: Há disponibilidade de registro de coleta e resultado de Líquor para dois exames, ou seja, caso o paciente tenha colhido líquido por duas vezes)
69. Informar a data da realização da eletroneuromiografia (ENMG).
70. Informar o diagnóstico sugestivo apresentado pela ENMG conforme tabela em anexo.
71. Em caso de óbito com forte suspeita de poliomielite, informar se houve ou não coleta de material para exame anatomopatológico. (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
72. Informar a data de coleta do material para exame anatomopatológico.
73. Informar se o resultado do exame anatomopatológico é compatível ou não compatível com poliomielite.
74. Informar a data da revisita - reavaliação neurológica (avaliação neurológica após 60 dias do Déficit Motor).
75. Caracterizar a condição de força muscular dos membros superiores e inferiores. (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Ignorado).
76. Caracterizar o tônus muscular dos membros superiores, inferiores e da face. (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal, 4= Aumentado ou 9= Ignorado).
77. Caracterizar os reflexos dos membros superiores e inferiores. (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal ou 9= Aumentado).
78. Informar a presença ou não do reflexo cutâneo plantar Direito e Esquerdo. (1=Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).
79. Informar a presença ou não de atrofia de membros. (1= Presente, 2= Ausente ou 9= Ignorado)
80. Caracterizar a sensibilidade nos membros superiores, inferiores e na face. (1= Diminuída, 2= Ausente, 3= Normal, 4= Parestesia, 5= Prejudicada ou 9= Ignorado).
81. Informar a data da revisão neurológica (avaliação neurológica realizada 90 dias do Déficit Motor, a mesma só deverá ser realizada caso persista seqüela na revisita, e as observações desta avaliação deverão constar somente na ficha/papel).
82. Registrar a classificação final do caso (1= Confirmado Poliovírus Selvagem, 2= Compatível, 3= Associado à vacina, 4= Descartado ou 5= Confirmado PVDV). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO/ VARIÁVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA.**
83. Informar o critério de classificação (1= Laboratorial, 2= Clínico Epidemiológico, 3= Perda de Seguimento, 4 Óbito ou 5= Evolução).
84. Informar a data do diagnóstico de descarte final (conforme tabela em anexo). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** se o campo 81=4.

85. Informar a evolução do caso, em caso de óbito informar a data do óbito no campo **84**. (1= Cura com seqüela, 2= Cura sem seqüela, 3= Óbito por PFA/Pólio, 4= Óbito por outras causas ou 9= Ignorado).
86. Informar a data do óbito. **VARIAVEL DE ANÁLISE DE INCONSISTÊNCIA**
87. Informar a data de encerramento da investigação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 81 estiver preenchido.

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

TABELA 1	
Diagnósticos	CID 10
Poliomielite Aguda	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevrálgica	G12.2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83.0
Encefalite aguda disseminada	G04.0
Encefalite seguida a processos de imunização	G04.0
Encefalites, mielites e encefalomiérites não especificada	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificada	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57.0
Meningoencefalite e meningomiérite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Outras encefalites, mielites e encefalomiérites	G04.8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificada	G56.9
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomiérites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Miopatia, não especificada	G72.9
Mononeuropatia, não especificada	G58.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11.9
Traumatismo não especificado de membro inferior nível não especificado	T13.9
Outros transtornos do sistema nervoso (síndrome neurológica à esclarecer).	G98
Paralisia Flácida à esclarecer	PFAE

TABELA 2 - LAUDOS DE ELETRONEUROMIOGRAFIA
1. Comprometimento de junção neuromuscular
2. Comprometimento do neurônio motor inferior
3. Lesão do nervo periférico: ciático
4. Lesão do nervo periférico: plexo-braquial
5. Neuropatia periférica axonal sensitivo-motora
6. Neuropatia periférica axonal motora
7. Neuropatia periférica desmielinizante sensitivo-motora
8. Neuropatia periférica desmielinizante motora
9. Miopatia
10. Radiculopatia
11. Outros.