

# Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

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

\*A preencher pelas respectivas entidades:

DELEGADO DE SAÚDE – ACES  
Data de receção Modelo 1: / /

COORDENADOR REGIONAL  
Data de receção Modelo 2: / /

DGS  
Data de receção Modelo 2: / /  
Nº de caso \_\_\_\_\_

Por favor, envie cópias para o Coordenador Regional do Programa até 48h após receção do Modelo 1 e para o INSA a página 2 com a(s) amostra(s) de contatos próximos, se aplicável.

### INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

#### DOENTE

Nome \_\_\_\_\_

Sexo  F  M Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /

Hospital \_\_\_\_\_ Nome do médico \_\_\_\_\_

#### INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Frequenta: Ama  Creche  Infantário  Escola  Outro

Especificar \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Vacina atenuada contra a poliomielite (VAP)  S  N  NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /

Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)  S  N  NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /

Outros casos na família, colegas ou vizinhança?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_

Viagem?  S  N  NS Onde? \_\_\_\_\_ Data do início / / Data do fim / /

Reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_

Pertence a minoria religiosa/étnica?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_

Contacto próximo com pessoa que:  
(se pertinente, especificar na tabela da página seguinte)

viajou recentemente. País \_\_\_\_\_ Data de chegada a Portugal: / /

reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite. Qual? \_\_\_\_\_

não está vacinada contra a poliomielite. Especificar \_\_\_\_\_

foi vacinada recentemente com a vacina VAP. Quando e onde? \_\_\_\_\_

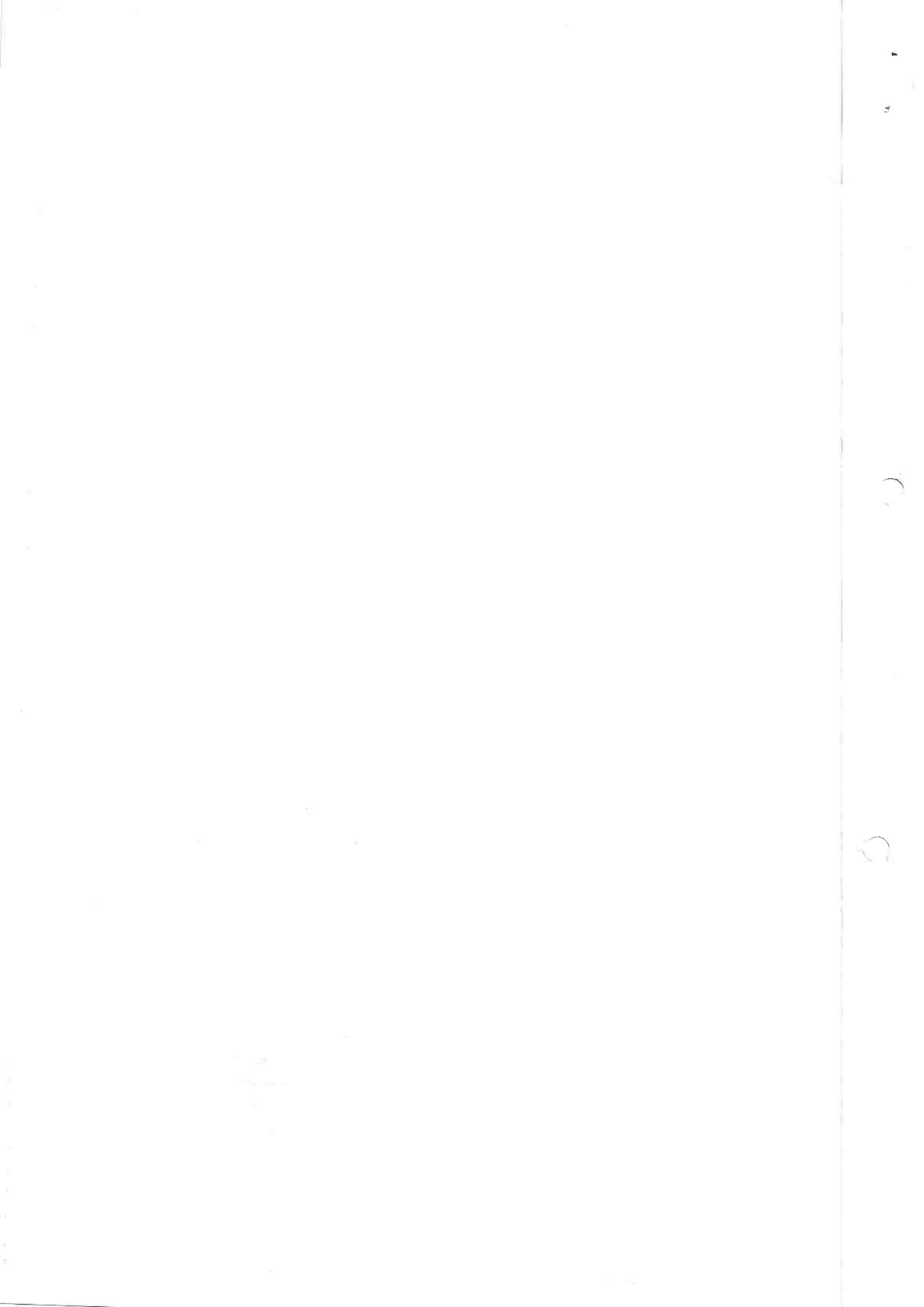
pertence a minoria religiosa/étnica. Especificar \_\_\_\_\_

doente com poliomielite em fase contagiosa. Quando e onde? \_\_\_\_\_

Utilizar a tabela da página seguinte para registar os contactos próximos investigados laboratorialmente e enviar ao INSA com as amostras.

MEDIDAS DE CONTROLO \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_



**Dados dos contatos próximos identificados** <sup>§ 9</sup> (para envio ao INSA juntamente com as amostras de fezes)

Nome	Sexo	Data nascimento	Data último contato com o caso	Especificar viagem recente	Nº doses VAP/VIP	Data última dose VAP/VIP	Data colheita da amostra fezes	Morada

Preferencialmente, contatos próximos < 5 anos de idade – coabitantes, amigos íntimos, colegas em creches e infantários, colegas de internamento hospitalar, outros.  
 § 9 A investigar laboratorialmente, até 35 dias após internamento do caso, se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas.

**DIAGNÓSTICO LABORATORIAL – AMOSTRAS DE FEZES**

<b>CONTATOS PRÓXIMOS DE UM CASO</b>	Colher 1 amostra Se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas O mais cedo possível (até ao máximo de 35 dias após o internamento do caso)
<b>TÉCNICA DE COLHEITA</b>	Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável (aplicar enema, se necessário)
<b>CONSERVAÇÃO</b>	Manter no frigorífico até envio para o laboratório
<b>IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (Letra legível)</b>	Rotular as amostras com o nome e número do utente e nome da unidade de saúde expedidora, juntar cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida
<b>AMOSTRA</b>	Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado
<b>ENVIO DA AMOSTRA AO LABORATÓRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração</li> <li>• Incluir cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida</li> <li>• Assegurar entrega ao laboratório no prazo máximo de 72 horas</li> </ul>

**Enviar para:**  
 Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA)  
 Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação  
 Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa  
**Telefone 21 750 8173**  
**Fax 21 752 64 00**  
**E-mail** paula.palminha@insa.min-saude.pt

**REGISTOS NO LABORATÓRIO (INSA)**

Data de receção: / / NA 1 \_\_\_\_\_; NA 2 \_\_\_\_\_  
 NA 3 \_\_\_\_\_; NA 4 \_\_\_\_\_; NA 5 \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO**

Nome \_\_\_\_\_ Funções \_\_\_\_\_ ACES \_\_\_\_\_  
 Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Data / / Assinatura \_\_\_\_\_

Validado pelo Coordenador Regional em / / Assinatura \_\_\_\_\_  
 Contatos DGS – e-mail: pfa@dgs.pt Telephone: 21 843 0702/565 Fax: 21 843 0711

C

CT