

## Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

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

A preencher pelas respectivas entidades:

<b>COORDENADOR REGIONAL</b> Data de receção / /	<b>DGS</b> 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 assética?	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					
Face					
Outros		Especificar:			

Nome do doente \_\_\_\_\_

Se mantém paralisia, houve melhoria desde a instalação máxima até à reavaliação?  S  N  NS

Se sim, descreva \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RESULTADOS LABORATORIAIS**

Fezes: Enterovirus 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](mailto: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