

Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

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

→ A preencher pelas respectivas entidades:

LABORATÓRIO (INSA)	COORDENADOR REGIONAL	DELEGADO DE SAÚDE – ACES	DGS
Data de receção / /	Data de receção / /	Data de receção / /	Data de receção / /
NA 1 _____ NA 2 _____			Nº de caso _____

Por favor, envie cópias para o Coordenador Regional do Programa até 24h após o diagnóstico e para o INSA com as respetivas amostras. Lembre-se que a Reavaliação Clínica (Modelo 3) é efectuada ≥ 60 dias após o início da paralisia (a enviar ao Coordenador Regional ≤ 80 dias).

NOTIFICAÇÃO DE CASO

Aplicável a: casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em <15 anos, sem causa traumática ou outra identificação etiológica, ou casos com suspeita clínica de poliomielite em qualquer idade

HOSPITAL _____ Serviço _____

Nome do médico _____ Cédula profissional _____

Telemóvel _____ Email _____

DOENTE

Nome _____

Data do internamento / / Nº processo clínico _____ Sala _____ Cama _____

Sexo F M Idade _____ Data de Nascimento / /

Morada _____ Código postal _____

Distrito _____ Concelho _____ Freguesia _____

Nacionalidade _____ Naturalidade _____

Data do início da paralisia / /

Doenças subjacentes _____

Imunodeficiência congénita ou adquirida / Tratamento imunossupressor S N NS

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 / /

Contato próximo com pessoas que viajaram recentemente? S N NS País _____ Data? / /

Pertence a minoria religiosa/étnica? S N NS Especificar _____

PRODUTOS BIOLÓGICOS

Fezes (1ª amostra): Hora ____:____ Data / /

Fezes (2ª amostra): Hora ____:____ Data / /

LCR: Células ____ Proteínas ____ Glicose ____ Microbiologia _____ Data / /

Outro: _____ Resultados _____ Data / /

DADOS CLÍNICOS (referentes à doença actual)

S – sim N – não NS – não sabe



Pródromos:

	S	N	NS	Outros:	S	N	NS
Febre				Rigidez da nuca			
Se <i>sím</i> , no início da paralisia?				Meningite			
Sintomas respiratórios				Síndrome gripal			
Sintomas gastrointestinais							
Dores musculares							

Paralisia:

Progressão rápida (≤ 4 dias)	S	N	NS	Assimétrica	S	N	NS	Descendente	S	N	NS

Localização da paralisia:

Membro superior direito		proximal		distal	
Membro superior esquerdo		proximal		distal	
Membro inferior direito		proximal		distal	
Membro inferior esquerdo		proximal		distal	
Músculos respiratórios		Especificar:			
Face					
Outros					

Diagnóstico Clínico _____

Observações _____

Data / / Assinatura do médico assistente _____

Validado pelo Coordenador Regional em / / Assinatura _____

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

AMOSTRAS DE FEZES

CASOS DE DOENÇA	Colher 2 amostras intervaladas de 24 – 48 horas Nas 48h após o diagnóstico (até ao máximo de 14 dias após início da paralisia ou da suspeita clínica de poliomielite)
TÉCNICA DE COLHEITA	Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável (aplicar enema, se necessário)
CONSERVAÇÃO	Manter no frigorífico até envio para o laboratório
IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS (Letra legível)	Rotular as amostras com o nome e número do utente e nome do hospital, juntar cópia do Modelo 1, devidamente preenchido, conforme se trate de fezes do caso ou de contactos
AMOSTRAS	Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado
ENVIO DAS AMOSTRAS AO LABORATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração • Incluir cópia do Modelo 1, devidamente preenchido • Assegurar entrega ao laboratório no prazo máximo de 72 horas

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** **E-mail: paula.palminha@insa.min-saude.pt** **Fax: 21 752 64 00**

C

G