

FORMULÁRIO DE REGISTRO E INVESTIGAÇÃO DE CASOS DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ OU DOENÇAS NEUROLÓGICAS AGUDAS GRAVES PÓS-INFECCIOSAS, SESA-PR, 2016

DADOS GERAIS

Nome do paciente: _____
DN: ____/____/____ Idade: _____ Sexo () Masc. () Fem. Gestante : () não () sim ____ semanas IG
Município de residência: _____ UF: _____ RS: _____
Endereço: _____ Tel: () _____
Data notificação: ____/____/____ Data início da paralisia/parestesia/etc.: ____/____/____
Data investigação: ____/____/____ Data 1ª consulta: ____/____/____ Instituição de saúde: _____

DADOS DE INFECÇÃO AGUDA PREGRESSA

Houve infecção aguda pregressa? () não sabe () não () sim, data da infecção pregressa: ____/____/____

Se houve uma infecção aguda pregressa, assinalar quais os sinais e sintomas que apresentou:

() artralgia () diarreia () equimoses ou hemorragia () tosse
() cefaleia () dispneia () exantema () outros: _____
() conjuntivite () dor de garganta () febre _____
() coriza () dor retro-orbital () mialgia _____

Exames laboratoriais com resultados significativos ou positivos relacionados ao quadro de infecção aguda pregressa:

Exame	Resultado
() Cultura	
() Isolamento viral	
() PCR	
() Sorologia	
() Outros _____	

Diagnóstico provável da infecção aguda pregressa: _____

Houve hospitalização na infecção pregressa? () Não () Não sabe () Sim, data ____/____/____

Instituição _____ Município: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS

Sinais e sintomas: _____

Presença de deficiência motora? () Não () Sim, () Aguda () Flácida () Assimétrica () Progressão após 3 dias () Ascendente () Descendente

Diminuição de força muscular? () Não () Sim, () MID () MIE () MSD () MSE

Diminuição de tônus muscular? () Não () Sim, () MID () MIE () MSD () MSE

Comprometimento de musculatura respiratória? () Não () Sim

Comprometimento de musculatura cervical? () Não () Sim

Comprometimento de musculatura de face? () Não () Sim

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ATUAIS

Instituição de hospitalização: _____

Município da hospitalização: _____

Data hospitalização: ____/____/____

Exames laboratoriais coletados (referentes à investigação atual da doença neurológica):

Exames	Amostra clínica	Data da coleta	Resultados dos Exames	Data do resultado
() Arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika)	Sangue (soro)	__/__/__		__/__/__
() Arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika)	Líquor	__/__/__		__/__/__
() Arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika)	Urina	__/__/__		__/__/__
() Dengue, Chikungunya, Epstein Barr, Citomegalovírus, Herpes	Sangue (soro)	__/__/__		__/__/__
() Outros arbovírus (FNO, Saint Louis, Oropouche, Rocio, Encefalites equinas)	Sangue (soro)	__/__/__		__/__/__
() Doença de Lyme	Sangue (soro)	__/__/__		__/__/__
() Doença de Lyme	Líquor	__/__/__		__/__/__
() Enterovírus	Líquor	__/__/__		__/__/__
() Enterovírus	Fezes	__/__/__		__/__/__
() <i>Listeria monocytogenes</i>	Fezes	__/__/__		__/__/__
() <i>Listeria monocytogenes</i>	Sangue	__/__/__		__/__/__
() <i>Campylobacter</i> sp	Fezes	__/__/__		__/__/__

EVOLUÇÃO DO CASO

Óbito () não () sim em __/__/__

Alta hosp. em __/__/__ () sem seqüela(s) () com seqüela(s) _____

Evolução: () Cura sem seqüela(s) após 60 dias () Cura com seqüela(s) após 60 dias _____

() Óbito pela doença () Óbito por outras causas _____

() Ignorado/Perda de seguimento (último contato em __/__/__)

Classificação final:

() Confirmado/compatível/provável para causa infecciosa. Qual? _____

() Descartado para causa infecciosa. Qual? _____

Critério de classificação: () Laboratorial () Clínico-epidemiológico () Em investigação

OBSERVAÇÕES

Profissional responsável pelo preenchimento: _____

Telefone: _____ email: _____

Data: _____ Local: _____