

VII. ANEXO I

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 (ÚLTIMOS 60 DIAS ANTES DO QUADRO NEUROLÓGICO)

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 | Amostra clínica | Data coleta | 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 RELACIONADOS À DOENÇA NEUROLÓGICA AGUDA

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) | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Dengue, Chikungunya, Epstein Barr, Citomegalovírus, Herpes (sorologia-enzimaimunoensaio) | Sangue (soro) | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Doença de Lyme (sorologia/Western Blot) | Sangue (soro) | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Outros arbovírus* (isolamento viral/PCR/inibição da hemaglutinação/IgM) | Sangue (soro) | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Arboviroses (Dengue, Chikungunya, Zika) | Líquor | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Doença de Lyme (sorologia/Western Blot) | Líquor | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Enterovírus (isolamento viral/PCR/sequenciamento genético) | Líquor | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Zika (RT-PCR) | Urina | | | |
| () Enterovírus (isolamento viral/PCR/sequenciamento genético) | Fezes | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Coxsackie (isolamento viral/PCR/sequenciamento genético) | Fezes | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Campylobacter jejuni (bacterioscopia/cultura/teste de sensibilidade) | Fezes | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Listeria monocytogenes (bacterioscopia/cultura/teste de sensibilidade) | Fezes | __/__/__ | | __/__/__ |
| () Influenza | Secreção de nasofaringe | __/__/__ | | __/__/__ |

* FNO, Saint Louis, Oropouche, Rocio, Encefalites eqüinas

EVOLUÇÃO DO CASO

Óbito () não () sim em __/__/__

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

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