

Ficha de investigación Clínico Epidemiológica de Vigilancia Síndrome Guillain Barré

Síndrome Guillain Barré (código CE10: G61.0)

Sem. Epid. N°

I. DATOS GENERALES:

2. DIRESA/GERESA:

1. Fecha de Investigación:

4. Establecimiento De Salud Notificante

3. Red/ Micro Red/ Clas

E.S. II-1

E.S. II-2

E.S. III-1

E.S. III-2

II. DATOS DEL PACIENTE

5. H.Clinica N°

6. A. Paterno

A. Materno

Nombres

7. D.N.I.

8. Fecha de Nacim.

9. Edad

10. Sexo

11. Departamento

12. Provincia

13. Distrito

14. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

15. Dirección

16. Ocupación

17. Teléfono del paciente o familiar

18. Servicio de Hospitalización

19. Fecha Admisión en el EESS

III. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

20. ¿En que lugar estuvo hasta los 30 días previos al inicio de la parálisis?

21. País:

Fecha de llegada

Fecha de llegada

Fecha de llegada

1.				
----	--	--	--	--

22. Departamento

23. Provincia

24. Distrito

25. Localidad (Cas., A.H., Urb., Resid., etc.)

26. Dirección

26. Antecedentes de enfermedad 4 semanas antes de inicio de parálisis

Si ☐ No ☐

27. Enfermedad crónica ¿Cuál?

	Si	No	F. Inicio	F. Término
Infección de vías respiratorias altas	()	()	/ /	/ /
Infección gastrointestinal	()	()	/ /	/ /
Síndrome febril	()	()	/ /	/ /
Exantema	()	()	/ /	/ /
Conjuntivitis no purulenta	()	()	/ /	/ /
Dolores articulares	()	()	/ /	/ /
Dolor de cabeza	()	()	/ /	/ /

28. Medicación frecuente?

29. Riesgo de intoxicación

Metales pesados
Organos fosforados

Si ☐ No ☐

30. Antecedente de vacunación previa antes de los 40 días

Si ☐ No ☐

Marque cual: Influenza estacional, Hepatitis B, Virus papiloma humano, DT, otra (especifique)

Fecha

31. Conoce de otras personas que presentaron fiebre y dolores articulares en los último 14 días?

Si ☐ No ☐

IV. ENFERMEDAD ACTUAL - EVALUACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de debilidad muscular

Fecha de ingreso al Hospital y Servicio

Signos y Síntomas (Marque con un "X" los síntomas y signos que presenta el paciente)

Progresión de parálisis:

Ascendente () Descendente ()

Si No

Debilidad () ()

Dolor () ()

Nervio craneales () ()

Ataxia () ()

Simetría () ()

1. Fiebre () ()

2. Anormalidad autonómica () ()

3. Disfunción urinaria () ()

4. Disfunción rectal () ()

5. Hipotensión () ()

6. Hipertensión () ()

7. Taquicardia sinusal () ()

8. Arritmia () ()

9. Hiponatremia (SIHAD) () ()

EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR

Prox Dist

Miembro Sup. Izq. () ()

Miembro Sup. Der. () ()

Miembro Inf. Izq. () ()

Miembro Inf. Der. () ()

Emplear la Escala de Fuerza Muscular de Medical Research Council (MRC):

0 No contracción, músculo paralizado

1 Palpable intento de contracción muscular

2 Movimiento completo al no se opone la gravedad

3 Movimiento completo solo contra la gravedad

4 Movimiento completo contra gravedad y resistencia mod.

5 Movimiento completo contra gravedad y resistencia

EVALUACIÓN DE REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS

Reflejo Bicipital () ()

Reflejo Tricipital () ()

Reflejo Patelar () ()

Reflejo Aquileo () ()

Emplear la siguiente Escala:

0 No hay respuesta

+ Hiporreflexia

++ Normorreflexia

+++ Hiperreflexia

++++ Hiperreflexia con clonus

EVALUACIÓN DE PARES CRANEALES

Normal Paresia

Facial Izq. () ()

Facial Der. () ()

IX-X Izq. () ()

IX-X Der. () ()

Trigémico Izq. () ()

Trigémico Der. () ()

III-IV-VI Izq. () ()

III-IV-VI Der. () ()

V. EXAMENES DE LABORATORIO

Examen	Fecha	Resultado					Observaciones
LOR	__/__/__	Leuco.:	%PMN:	%MON:	Proteínas:	Glucosa:	
Electromiografía	__/__/__						
Otros	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						
	__/__/__						

VI. EVOLUCION

29 Fecha de Hospitalización

30. Evolución de la enfermedad:

Curado	☐
Fallecido	☐
Secuela	☐
Referido	☐

Fecha

VII. CLASIFICACION

Los casos que ingresen el sistema de vigilancia se clasifica en:

31. SGB Confirmado

☐

32. SGB Descartado

☐

33. SGB Sospechoso de rel. con Zika

☐

34. SGB Confirmado rel. A Zika

☐

35. SGB Descartado en relación a Zika

IX. OBSERVACIONES

--

VIII. INVESTIGADOR

Nombre del Investigador

Cargo:

Teléfono:

Firma y Sello