



**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Exame quimiocitológico – Data do quimiocitológico mais recente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hemácias (mm3): _____	Leucócitos (mm3): _____	Monócitos (%): _____
Neutrófilos (%): _____	Eosinófilos (%): _____	Linfócitos (%): _____
Glicose (mg): _____	Proteínas (mg): _____	Cloreto (mg): _____

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 sp</i>	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: \_\_\_\_\_