

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
SÍNDROME DE GUILLAIN - BARRÉ ASOCIADO A ZIKA

B5

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Barrio: _____ Localidad: _____
 Urbano Rural Departamento: _____ Provincia: _____

2. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___ Fecha de hospitalización: ___/___/___
 Fecha de UTI: ___/___/___
 Inmunodeficiencia: SI NO Especificar: _____

PRÓDROMOS	FIEBRE INESPECÍFICO	RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	MENÍNGEOS	FIEBRE EXANTEMÁTICA	OTRO
Si						
No						
No sabe						

Progresión de parálisis:

ASCENDENTE	DESCENDENTE	SIN PROGRESIÓN

Compromiso de pares craneanos SI NO N/S

Compromiso respiratorio SI NO N/S

ARM SI NO N/S

LCR SI NO

Disociación albúmino/citológica SI NO

Fecha ___/___/___

	Si	No	Desconocido
Síntomas/signos			
Parestesias			
Dolor			
Paresias/parálisis			
Compromiso pares craneales			
Compromiso sensibilidad superficial			
Compromiso sensibilidad profunda			
Alteración de reflejos osteotendinosos			

Antecedentes de evento obstétrico actual o en los últimos 45 días: SI NO

Embarazada al inicio del SGB: SI NO N/S

Púerpera al inicio del SGB: SI NO

Nivel de certeza de diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré según criterios de Brishton

Nivel 1

Nivel 2

Nivel 3

VIGILANCIA DE SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO Y ZIKA
SÍNDROME DE GUILLAIN - BARRÉ ASOCIADO A ZIKA

B5

Clasificación de Eiben y Gerson de evolución (marque el que corresponda):

I: Compromiso motor inicial de miembros inferiores, con progresión al tronco, musculatura respiratoria, miembros superiores y pares craneales	
II: Similar a la anterior, exceptuando el compromiso de pares craneales	
III: Compromiso motor estacionario de miembros inferiores o sin progresión	
IV: Compromiso motor inicial en miembros inferiores y pares craneales sin comprometer el tronco ni la musculatura respiratoria	
No aplica	

3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Posible fuente de infección durante 30 días previos a la parálisis

¿Dónde residió? Lugar: _____ Fecha: ___/___/___

¿Viajó? Si No Lugar: _____ Fecha: ___/___/___

4. EVOLUCIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL CASO

Evaluación a los 60 días: SI NO Fecha: ___/___/___

EMG: SI NO Fecha: ___/___/___

Parálisis residual: SI NO N/S

Atrofia: SI NO N/S

5. FUENTE DE NOTIFICACIÓN

Nombre y apellido de profesional notificante: _____

Establecimiento notificante: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ e-mail: _____

Localidad: _____ Departamento: _____

Fecha de notificación: ___/___/___

Firma y sello de médico/a: _____