

SINDROME DE GUILLAIN- BARRÉ (SGB) Y OTRAS ALTERACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADAS A VIRUS ZIKA								
FICHA DE NOTIFICACIÓN								
Datos del paciente	Doc. identidad:		Apellido y nombre:					
	Edad:	Fecha de nac.:	Sexo:	Ocupación:				
	Domicilio: Calle		N°		Entre calles:			
	Referencia de ubicación:			Barrio:				
	Localidad:		Departamento:		Provincia:			
	Teléfono:		Teléfono alternativo:					
	Lugar de trabajo:		Dirección:		Tel:			
Datos del notificador	A y N del Profesional:			Establecimiento:				
	Correo electrónico:			Tel:	Fecha de notificación:			
Datos Epidemiológicos	1- Antecedentes de Arbovirosis: Dengue <input type="radio"/> Chikungunya <input type="radio"/> FA <input type="radio"/> Zika <input type="radio"/>							
	Fiebre del Nilo Occidental <input type="radio"/> Encefalitis de San Luis <input type="radio"/> Cuando:.....							
	2- Viaje en los últimos 2 meses <input type="radio"/> Dónde:.....							
	3- Contacto con enfermo de Arbovirosis en los últimos 2 meses <input type="radio"/> ¿Cuál y donde?.....							
	4- Contacto sexual sin protección con enfermo de ZIKV <input type="radio"/> Cuando? .....							
	5- Contacto sexual sin protección con <u>persona que viajó</u> a zona de transmisión de ZIKV <input type="radio"/>							
	Cuando?..... Lugar donde viajó..... Fecha de regreso.....							
	Datos del contacto (nombre, dirección y tel):							
	7- Presencia de posibles criaderos de mosquitos en domicilio o cercanías <input type="radio"/>							
	8- Recibió transfusión en los últimos 2 meses <input type="radio"/> Dónde:.....							
	9- Vacunado para FA <input type="radio"/> Año: 10- Comorbilidad <input type="radio"/> Especificar.....							
	10- Otras vacunas en los últimos 2 meses <input type="radio"/> Especificar.....							
11- ¿Enfermedades agudas en los 45 días previos al inicio actual? <input type="radio"/> Especifique Síntomas o signos:								
Exantema <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Mialgias <input type="radio"/> Artralgias <input type="radio"/>								
Menígeos <input type="radio"/> Respiratorios <input type="radio"/> Digestivos <input type="radio"/> Otros.....								
12- Embarazada? <input type="radio"/> Semanas de embarazo:								
Datos clínicos	Fecha de inicio de debilidad/parálisis:			Fecha de consulta:				
	Fecha de Internación:			Hospital:			Sala <input type="radio"/> UTI <input type="radio"/>	
	Miembro	Parálisis (SI-No- N/S)		*Reflejos	*Sensibilidad		* Completar con: N: Normal A: Aumentado D: Disminuido Y: Ausente NS: No sabe	
		Proximal	Distal	Osteotendinosos				
		Brazo derecho						
		Brazo izquierdo						
	Pierna derecha							
	Pierna izquierda							
	Progresión de la parálisis:		Ascendente	Descendente	Sin progresión	Simétrica	Asimétrica	Desconocida
	Días de instalación total:		Compromiso pares craneales <input type="radio"/> Compromiso respiratorio <input type="radio"/> AVM <input type="radio"/>					
Punción Lumbar: SI/NO		Fecha:		Disociación Albúmimo- citológica: SI/NO				
Tratamiento: Inmunoglobulina <input type="radio"/> Plasmaféresis <input type="radio"/> Otros:								
Dosis diaria:.....			Días de tto:.....					
Laboratorio etiológico	Tipo muestra	Fecha toma	Resultados	Tipo muestra	Fecha toma	Resultados		
Evolución y clasificación final	Fecha de egreso:		Condición: Alta: <input type="radio"/> Alta con secuelas: <input type="radio"/> Derivado: <input type="radio"/> Fallecido: <input type="radio"/>					
	Diagnóstico clínico final: SGB <input type="radio"/> Otro: .....							
	SME Neurológico asociado con ZIKV: Sospechoso <input type="radio"/> Probable <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Descartado <input type="radio"/>							
Otro diagnóstico etiológico: .....		Firma: .....						