



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**ALERTA – POLIOMIELITE**  
**27/07/2022**

ASSUNTO: Alerta para risco de reintrodução do poliovírus selvagem (PVS) e o surgimento do poliovírus derivado vacinal (PVDV) no Brasil.

- Diante da identificação de um caso de paralisia flácida aguda relacionada ao poliovírus derivado da vacina tipo 2 em um indivíduo não vacinado do condado de Rockland, Nova York, Estados Unidos a OPAS considera risco alto para reintrodução do poliovírus vacinal (PVDV) no Brasil.
- A poliomielite é uma doença em processo de erradicação no mundo, e considerada eliminada no Brasil, sem casos registrados desde 1990; cuja principal medida de prevenção da doença é a vacinação.

Principais fatores de risco para reintrodução do vírus:

- Imunidade (baixas coberturas vacinais)
- Vigilância epidemiológica (Metas de vigilância não alcançada)
- Determinantes (dificuldade acesso a serviços de água potável e saneamento básico)
- O intenso fluxo de entrada de pessoas oriundas de países com circulação de poliovírus selvagem e derivado vacinal pode favorecer a reintrodução do vírus no território nacional;
- Reintrodução da poliomielite no continente Africano após mais de cinco anos livre da doença;
- Fluxo migratório decorrente da guerra com a entrada de refugiados/repatriados da Ucrânia.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ressaltamos a importância e urgência da intensificação das ações voltadas para o aumento da cobertura vacinal contra a poliomielite, para a redução do número de susceptíveis, sensibilização dos profissionais de saúde para a **notificação imediata de Paralisia Flácida Aguda (PFA), investigação e realização de busca ativa de casos no município**, para a adoção de medidas de controle oportunas.

**Descrição:**

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito, que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia no segmento atingido.

A vigilância da poliomielite no Brasil é realizada por meio da vigilância da PFA em menores de 15 anos e Todos os casos devem ser notificados imediatamente.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## **DEFINIÇÃO DE CASO**

### **1. CASO SUSPEITO**

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos com menos de 15 anos de idade, independentemente da hipótese diagnóstica de poliomielite.
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias que antecedem o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para países com circulação de poli vírus selvagem e apresentaram suspeita diagnóstica de poliomielite.

#### **Modo de Transmissão:**

Ocorre por contato direto pessoa a pessoa, pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, ou pela via oral-oral, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar) (VERONESI, 2005).

A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus. Todas as pessoas não imunizadas, seja pela infecção natural, seja pela vacinação, são suscetíveis de contrair a doença.

#### **Período de transmissibilidade**

Não se conhece com precisão, mas pode se iniciar antes do surgimento das manifestações clínicas. O vírus é encontrado nas secreções da orofaringe após 36 a 72 horas a partir da instalação da infecção. Geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias (VERONESI, 2005).



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### Manifestações clínicas

A infecção pelo poliovírus selvagem apresenta-se sob diferentes formas clínicas:

- **Forma inaparente ou assintomática:** sem manifestação clínica, podendo ser identificada apenas por exames laboratoriais específicos. Ocorre em mais de 90% das infecções.
- **Forma abortiva:** caracteriza-se por sintomas inespecíficos: febre, cefaleia, tosse e coriza; e manifestações gastrointestinais, como vômito, dor abdominal e diarreia. Como na forma inaparente, só é possível estabelecer diagnóstico por meio do isolamento do vírus. Ocorre em aproximadamente 5% dos casos. Nessa forma, o paciente não sofre nenhum prejuízo relacionado ao funcionamento das células do sistema nervoso central.
- **Forma meningite asséptica:** no início, apresenta-se com as mesmas características da forma abortiva. Posteriormente, surgem sinais de irritação meníngea (Kernig e Brudzinski positivos) e rigidez de nuca.
- **Forma paralítica:** acomete em torno de 1% a 1,6% dos casos, e apenas as formas paralíticas tem características clínicas típicas, que permitem sugerir o diagnóstico de poliomielite, entre elas:
  - instalação súbita da deficiência motora, acompanhada de febre;
  - assimetria, acometendo, sobretudo, a musculatura dos membros, com maior frequência nos inferiores;
  - flacidez muscular, com diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada;
  - sensibilidade preservada;
  - persistência de alguma paralisia residual (sequela) após 60 dias do início da doença.

Em casos suspeitos de síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, meningite viral, meningoencefalite e outras enterovirose também investigar **PFA**.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## **NOTIFICAÇÃO**

Todo caso de PFA deve ser **notificado imediatamente** por meio do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Paralisia Flácida Aguda/Poliomielite para a Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói (COVIG) através do e-mail: [notificasaudeniteroi@gmail.com](mailto:notificasaudeniteroi@gmail.com); ou telefones [2719-4491](tel:2719-4491)/ [2620-6831](tel:2620-6831)/ [99981-1894](tel:99981-1894).

**Observação:** De acordo com a **NOTA INFORMATIVA Nº 66/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**, Caso suspeito COM HISTÓRIA DE VIAGEM a países com circulação de Poliovírus Selvagem que apresente deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de QUALQUER IDADE, com história de viagem a países endêmicos ou com circulação de poliovírus selvagem nos últimos 30 dias, segue o fluxo de notificação imediata.

## **INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA**

Todo caso de PFA deve ser investigado, nas primeiras 48 horas após o conhecimento, com o objetivo de coletar as informações necessárias para a correta classificação do caso. Essa medida visa subsidiar o processo de tomada de decisão quanto ao desencadeamento em tempo hábil das medidas de controle indicadas em cada situação.

### **Roteiro da investigação**

- Identificação do paciente. Todos os campos da ficha do SINAN devem ser rigorosamente preenchidos.
- Dados clínicos e epidemiológicos: Registrar, na ficha de investigação, dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais da doença. Os dados são coletados por meio das informações obtidas dos familiares, dos profissionais que prestaram assistência ao paciente, além das contidas no prontuário de internação e das coletadas por ocasião da visita domiciliar.
- Identificação da área de transmissão: visitar imediatamente o domicílio para complementar dados da ficha de investigação (história vacinal, fonte de infecção, entre outras informações) e buscar outros casos, quando necessário.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### **Coleta de material para exames**

- A amostra de fezes constitui o material mais adequado para o isolamento do poliovírus e deve ser colhida até o 14º dia do início da deficiência motora;
- Podendo ser colhida, no máximo, até 60 dias após o início da deficiência motora;
- O swab retal somente é recomendado em casos de paralisia flácida aguda (PFA) que foram a óbito antes da coleta adequada de fezes.

Deverão ser coletadas amostras de fezes de contatos nas seguintes situações:

- Contatos de caso com clinica compatível com poliomielite, quando houver suspeita de reintrodução da circulação do poliovírus selvagem;
- Contato de caso em que haja confirmação do vírus derivado vacinal;
- Contatos, intra domiciliares ou não, são priorizados para coleta de amostras de fezes.

**Obs.: Não coletar amostras de contato que recebeu a vacina contra a poliomielite nos últimos 30 dias.**

### **Conservação e transporte de amostras de fezes**

- Acondicionar cada amostra em um recipiente limpo e seco e vedar bem.
- A quantidade de fezes recomendada deve ser equivalente a 8 g ou a dois terços da capacidade de um coletor universal/padrão.
- O coletor deve estar devidamente identificado com o nome completo do paciente, a data da coleta e o local de procedência da amostra.
- Os recipientes contendo amostras fecais devem ser, o mais brevemente possível, estocados e conservados em freezer a -20°C até o momento do envio. Na impossibilidade da utilização de freezer, é preciso colocar em geladeira comum (4°C a 8°C) por até três dias no máximo, não devendo as amostras jamais serem colocadas em congelador comum.
- O transporte deve ser feito em caixa térmica com gelo seco e/ou reciclável. Os recipientes das amostras devem estar acondicionados em saco plástico individual bem vedado, para que, em caso de descongelamento ou vazamento, não haja risco de contaminação de outras amostras.
- A caixa térmica deve conter uma quantidade de gelo suficiente para garantir uma temperatura mínima de no máximo 8°C até as amostras chegarem aos Lacen, e destes serem enviadas para os laboratórios de referência a fim de serem examinadas.



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- Uma cópia da ficha de envio de amostras devidamente preenchida e acondicionada em saco plástico, para evitar que seja molhada, deve ser enviada ao laboratório acompanhando as amostras de fezes.

### **TRATAMENTO**

Não há tratamento específico para a poliomielite. Todos os casos devem ser hospitalizados, procedendo-se ao tratamento de suporte, de acordo com o quadro clínico do paciente (VERONESI, 2005).

### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE**

A vacinação é a principal medida de prevenção da poliomielite. De acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI), o esquema vacinal consiste na administração de três doses de vacina inativada poliomielite (VIP), aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo de 60 dias entre as doses. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias. Devem ainda ser administradas duas doses de reforço com vacina oral poliomielite (VOP), a primeira aos 15 meses e a segunda aos 4 anos de idade (BRASIL, 2020).

### **ATRIBUIÇÕES IMPORTANTE**

- ✓ Notificação imediata de todo caso com paralisia flácida aguda em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica e de todo caso de qualquer idade com suspeita de Poliomielite, que devem ser notificados e investigados;
- ✓ Notificação negativa semanal: informação sistemática semanal fornecida pelos serviços de saúde referente à ausência de ocorrência em sua unidade de casos de PFA em menores de 15 anos. Nos formulários da notificação negativa deve ser informada a situação semanal de ocorrência ou não de casos – positiva ou negativa, por serviço de saúde;
- ✓ Busca ativa de casos nos serviços de saúde: supervisão aos serviços que atendem casos de PFA com levantamento de prontuários para identificação de possíveis subnotificações;

### **REFERÊNCIAS**



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos posvacinação. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota informativa n.º 90 – SEI/2017 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Presta orientações aos serviços de saúde e usuários sobre a vacinação do viajante internacional contra poliomielite. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/08/SEI-MS-0715942-Nota-Informativa-90.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Conjunta n.º 7/2014 CGDT/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Sobre a Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.soperj.org.br/imagebank/Nota\\_Informativa\\_Conjunta\\_PFA.pdf](http://www.soperj.org.br/imagebank/Nota_Informativa_Conjunta_PFA.pdf). Acesso em: 21 nov. 2019.
4. SCHATZMAYR, H. G. *et al.* Erradicação da poliomielite no Brasil: a contribuição da Fundação Oswaldo Cruz. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 11-24, jan./abr. 2002.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Instrução Normativa Referente ao Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/24/Site-Instrucao-Normativa-Calendario-.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2021.
6. VERONESI, R. Tratado de infectologia. Editor Científico Roberto Focaccia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
7. OFÍCIO CIRCULAR SES/SUBVAPS - SEI Nº 87/2022 – SVAPS/SES/GERDI – Orientações básicas para caso suspeito de Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda (PFA). 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Comunicado 0028244023
9. NOTA INFORMATIVA Nº 66/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS- Alerta para risco de reintrodução da poliomielite no Brasil e recomendações para ações de Vigilância Epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) junto aos refugiados/repatriados Ucrânia.



**NITERÓI**  
SEMPRE À FRENTE

Saúde

**450**  
*Anos*

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**ANEXO I**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO  
PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE

Nº

**CASO SUSPEITO:**  
- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito em pessoas menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.  
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação do poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE		A 8 0. 9				
	4 UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13	Raça/Cor	
	14	Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito		
	20	Bairro		21	Logradouro (rua, avenida,...)		
	22	Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência	27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30	País (se residente fora do Brasil)
	<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da 1ª Consulta		32	Data da Investigação		
	33	Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34	Número de doses válidas		
Dados Clínicos	35	Data da Última Dose da Vacina		36	Viajou ou recebeu visitas provenientes de áreas endêmicas de poliomielite nos 30 dias anteriores à data de início da deficiência motora? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	37	Se sim, País de origem					
	38	Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Dores Musculares <input type="checkbox"/> Sint. Respiratórios <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Outros _____			39	Data Início da Def. Motora	
	40	Deficiência Motora 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Flácida <input type="checkbox"/> Assimétrica <input type="checkbox"/> Progressão Após 3 Dias <input type="checkbox"/> Ascendente <input type="checkbox"/> Descendente					
	41	Força Muscular 1 - Diminuída 2 - Ausente 3 - Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		42	Localização 1-Distal 2-Proximal 3- Todo o membro 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD		
	43	Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face		44	Fase Aguda Data do Exame		
	45	Força Muscular 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD					
46	Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face		47	Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face			
48	Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D						

PFA/Poliomielite

Sinan NET

SVS 08/10/2009



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA AMBULATORIAL E DA FAMÍLIA  
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dados Clínicos (Cont.)	49 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão D	50 Sinais de Irritação Meningea 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Kernig <input type="checkbox"/> Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/> Brudzinski																				
	51 Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	52 Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)																				
	53 História de Injeção Intramuscular <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	54 Local de Aplicação <input type="checkbox"/> 1-MIE 2-MSE 3-MID 4-MSD 5-Glúteo E 6-Glúteo D																				
	55 Hipótese Diagnóstica (Vide Tabela Anexa)	56 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>																				
Atendimento	58 UF <input type="text"/>	59 Município do Hospital <input type="text"/>																				
	Código (IBGE) <input type="text"/>																					
Dados do Laboratório	60 Data da Coleta <input type="text"/>	61 Data do envio do Nível Local para o Estadual <input type="text"/>	62 Data do envio do Nível Estadual para o LRR <input type="text"/>																			
	63 Data do Recebimento no LRR <input type="text"/>	64 Quantidade 1 - Suficiente <input type="checkbox"/> 2 - Insuficiente <input type="checkbox"/>	65 Condições 1 - Temperatura Adequada <input type="checkbox"/> 2 - Temperatura Alterada <input type="checkbox"/>	66 Data do Resultado <input type="text"/>																		
	67 Resultado 1- P1 Vacinal 2- P2 Vacinal 3- P3 Vacinal 4 -P1 Selvagem 5 - P2 Selvagem 6 - P3 Selvagem 7 - Negativo 8- Não pólio 9- Outros 10- Inconclusivo 11- PVDV1 12- PVDV2 13- PVDV3			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
	68 Exames Complementares																					
	Líquor																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data da Coleta</th> <th>Nº de Células/mm<sup>3</sup></th> <th>Linfócitos %</th> <th>Proteínas mg%</th> <th>Glicose mg%</th> <th>Cloreto mg%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ /</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%	/ /						/ /					
	Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%																
	/ /																					
	/ /																					
	Eletro-neuromiografia																					
69 Data da Realização <input type="text"/>	70 Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa) <input type="text"/>																					
71 Coletado Material Anatomopatológico? <input type="checkbox"/> Cérebro <input type="checkbox"/> Medula <input type="checkbox"/> Intestino 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	72 Data da Coleta <input type="text"/>	73 Resultado 1 - Compatível com poliomielite <input type="checkbox"/> 2 - Não compatível com poliomielite <input type="checkbox"/>																				
Evolução do Caso (revisita)	74 Data da Revisita <input type="text"/>	75 Força Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado	76 Tônus Muscular <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Musc. Cervical <input type="checkbox"/> Face 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado																			
	77 Reflexos 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Aquileu E <input type="checkbox"/> Aquileu D <input type="checkbox"/> Patelar E <input type="checkbox"/> Patelar D <input type="checkbox"/> Bicipital E <input type="checkbox"/> Bicipital D <input type="checkbox"/> Tricipital E <input type="checkbox"/> Tricipital D																					
	78 Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Flexão E <input type="checkbox"/> Flexão D <input type="checkbox"/> Extensão E <input type="checkbox"/> Extensão D	79 Atrofia 1 - Presente 2 - Ausente 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD																				
	80 Sensibilidade 1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 4-Parestesia 5-Prejudicada 9-Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face																					
Conclusão	81 Data da Revisão <input type="text"/>	82 Classificação Final 1-Confirmado Poliovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV <input type="checkbox"/>																				
	83 Critério de Classificação 1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução <input type="checkbox"/>	84 Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo) <input type="text"/>																				
	85 Evolução 1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PFA/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		86 Data do Óbito <input type="text"/>																			
Investigador	87 Data do Encerramento <input type="text"/>		Cód. da Unid. de Saúde <input type="text"/>																			
	Município/Unidade de Saúde <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>	Função <input type="text"/>																			
Assinatura <input type="text"/>		Assinatura <input type="text"/>																				