



Reunião técnica com serviços hospitalares  
para normatizar e orientar sobre a notificação  
de agravos imunopreveníveis.

GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**

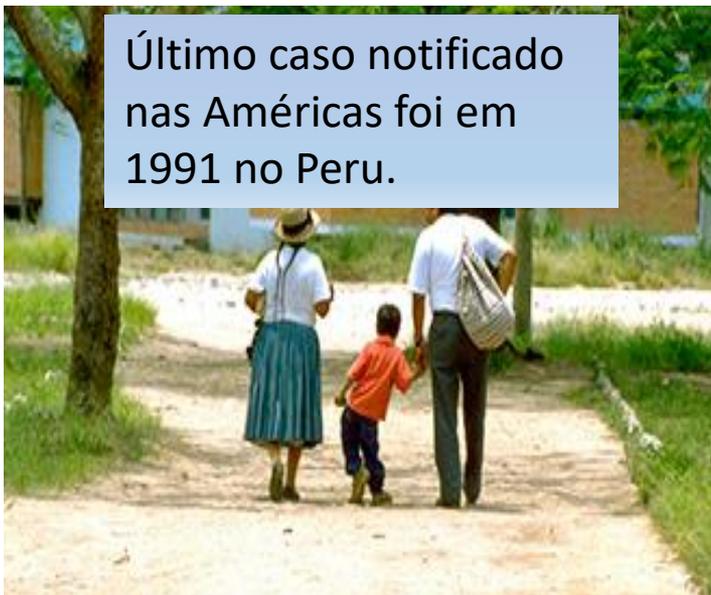


SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE

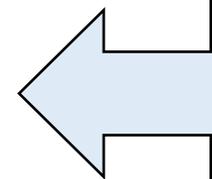
# Objetivo

Orientar quanto a notificação e investigação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA)/poliomielite.

Último caso notificado nas Américas foi em 1991 no Peru.



Em 1994, a Região das Américas foi a primeira no mundo a ser certificada como livre da pólio.



Mas a luta ainda não acabou!

Último caso de pólio notificado no Brasil foi em 1989 na Paraíba





# POLIOMIELITE

- A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, causada por poliovírus pertencente ao gênero *enterovirus*.
- Existem poliovírus tipo 1, tipo 2 e tipo 3, e sua transmissão é fecal/oral na maioria dos casos.
- Caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito.
- Acomete geralmente crianças menores de 5 anos, e membros inferiores, de forma assimétrica com evolução de aproximadamente 3 dias.
- **Apenas 1% é forma paralítica.**

# POLIOMIELITE

- **POLIOMIELITE ADQUIRA PELO VÍRUS SELVAGEM**  
(Tipo 1, tipo 2, tipo 3) Tipo 2 erradicado em 1999 e tipo 3 erradicado em 2019.
- **POLIOMIELITE VIRUS DERIVADO VACINAL**  
(causam surtos em países com baixa cobertura vacinal ou com vacinação heterogênea)
- **POLIOMIELITE REAÇÃO VACINAL** (causada pela vacina oral, principalmente na primeira dose)

# POLIOMIELITE

Apesar de ser erradicada no Brasil, ainda é uma doença endêmica no Paquistão, Afganistão onde circula o poliovírus selvagem. Em pelo menos 18 países da África e do Oriente Médio registram surtos de poliovírus derivado vacinal.

Enquanto a transmissão nesses países não for interrompida, todos os países continuam em risco de importação.

**Motivo pelo qual devemos manter a Vigilância das Paralisias Flácidas Agudas (PFA) e manutenção da erradicação da doença.**

# POLIOMIELITE

A vigilância da poliomielite é realizada através dos casos de PFA em menores de 15 anos independente da hipótese diagnóstica. Pois toda poliomielite é uma PFA, mas nem toda PFA é uma poliomielite.

Guillan Barré, Mielite Transversa...

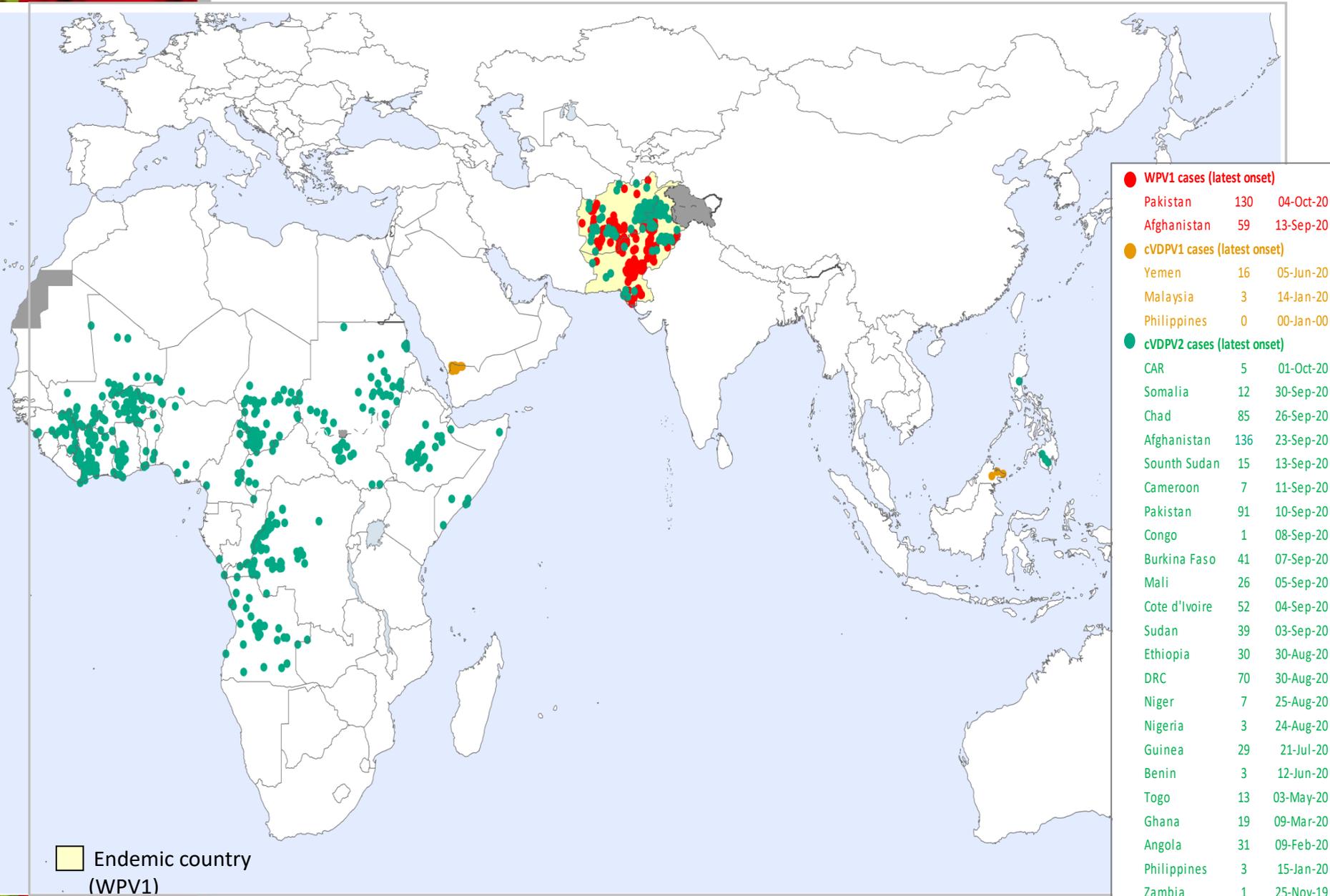
**Objetivo é constatar que não há  
vírus circulante**

# POLIOVIRUS DERIVADO VACINAL

Chama-se a atenção para ocorrência de casos de **polio derivado vacinal** em países com coberturas vacinais insuficientes e/ou heterogenias. Ou seja, o vírus derivado da vacina passa a readquirir neurovirulência e patogenicidade, provocando surtos de poliomielite em países que já tinham a doença sob controle parcial ou total. Entre 2004 e 2014 ocorreram surtos em 18 países (nota informativa conjunta 07/2014 Emergência em Saúde Pública II).

**Salienta-se que o controle da circulação do poliovírus derivado da vacina é o mesmo para poliovírus selvagem: alcançar e manter altas e homogenias coberturas vacinais.**

# Global WPV1 & cVDPV Cases<sup>1</sup>, Previous 12 Months



DA SAÚDE

<sup>1</sup>Excludes viruses detected from environmental surveillance; <sup>2</sup>Onset of paralysis

11 Nov. 2019 – 10 Nov. 2020

Data in WHO HQ as of 10  
Nov. 2020

# Global Wild Poliovirus 2015 - 2020

Country or territory <sup>3</sup>	Wild virus type 1 confirmed cases								Wild virus type 1 reported from other sources <sup>2</sup>							
	Full year total					01 Jan - 10 Nov <sup>1</sup>		Date of most recent case	Full year total					01 Jan - 10 Nov <sup>1</sup>		Date of most recent virus
	2015	2016	2017	2018	2019	2019	2020		2015	2016	2017	2018	2019	2019	2020	
Pakistan	54	20	8	12	147	82	80	04-Oct-20	84	62	110	141	391	189	385	20-Oct-20
Afghanistan	20	13	14	21	29	20	53	13-Sep-20	20	2	42	83	56	29	36	06-Oct-20
Nigeria <sup>3</sup>	0	4	0	0	0	0	0	21-Aug-16		1 <sup>4</sup>						27-Sep-16
Iran	0	0	0	0	0	0	0	NA					3	3		20-May-19
<b>Total (Type1)</b>	<b>74</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>176</b>	<b>102</b>	<b>133</b>		<b>104</b>	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>224</b>	<b>450</b>	<b>221</b>	<b>421</b>	
Tot. in endemic countries	74	37	22	33	176	102	133									
Tot. in non-end countries	0	0	0	0	0	0	0									
No. of countries (infected)	2	3	2	2	2	2	2									
No. of countries (endemic)	3	2 <sup>3</sup>	2 <sup>3</sup>	3	3	3	2									
Total Female	30	13	7	18	72	44	56									
Total Male	44	24	15	15	104	58	77									

Countries in yellow are endemic. <sup>1</sup>Data reported to WHO HQ on 11 Nov. 2019 for 2019 data and 10 Nov. 2020 for 2020 data.

<sup>2</sup>Wild viruses from environmental samples, selected contacts, healthy children and other sources. Last WPV type 3 had its onset on 10 November 2012. <sup>3</sup>Between 27 Sep 2015 and 27 Sep 2016, Nigeria was not classified as endemic, and declared Wild polio-free as of June 2020. <sup>4</sup>Exceptionally reporting case-contact of a positive index case given the date of collection is later than the onset date of the most recent WPV.

# Indicadores da polio/PFA

- **Taxa de notificação:** 1 notificação de PFA para cada 100.000hab (14 notificações em SC) 100%.
- **Investigação em 48h:** 80% dos casos devem ser investigados até 48h após notificação.
- **Coleta oportuna das fezes:** 80% dos casos devem ter coletadas 1 amostra de fezes até o 14º dia após início do déficit motor.
- **Notificação negativa semanal:** pelo menos 80% das unidades notificadoras devem informar a ocorrência ou não de casos de PFA.

Indicadores da poliomielite em Santa Catarina nos anos de 2014 a 2020\*

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos notificados	7	4	27	17	10	14	4
Investigação oportuna	5	4	25	15	9	12	4
Coleta oportuna de fezes	5	3	15	13	9	10	2

Fonte: SINAN (Atualizado em 23/11/2020). SE 48. Dados sujeitos a alterações.

## PROCEDIMENTO FRENTE A UM CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

Atentar para definição de caso:

- Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em pessoas menores de 15 anos, **independente da hipótese diagnóstica.**
- Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduos de qualquer idade com **história de viagem nos últimos 30 dias a países com circulação do poliovírus selvagem**, que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.

Notificar/investigar no prazo de no máximo 48h!  
Digitalizar ficha de investigação e encaminhar para DIVE

## PROCEDIMENTO FRENTE A UM CASOS DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA

- Coleta e envio de amostras:
- Coletar uma amostra até no máximo **14º dia** após início da deficiência motora. (8g ou 2/3 da capacidade de um coletor padrão).
- Acondicionar em geladeira (4º a 8º) por no máximo 3 dias até envio ao Lacen. (preferencialmente encaminhar junto ficha de investigação).
- Identificar a amostra, acondicionar em saco plástico individual, organizar em isopor com gelo reciclável em quantidade suficiente para garantir que a amostra chegue ao Lacen na temperatura adequada.

## Hospital Notifica caso de Paralisia Flácida Aguda

Dá início ao preenchimento da ficha de investigação e realiza coleta de fezes

Responsabilidade do hospital

Comunica vigilância epidemiológica do município em até 24H

Responsabilidade do hospital

Encaminha material ao Lacen

Responsabilidade da Vigilância Municipal

Digitaliza ficha e encaminha ao Nível central

Responsabilidade da Vigilância Municipal

Responsabilidade da Vigilância e ESF

Após 60 dias, realiza visita e completa investigação

<b>TABELA 1</b>	
Diagnósticos	<b>CID 10</b>
<b>Poliomielite Aguda</b>	A80
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
Amiotrofia nevrálgica	G12.2
Compressões das raízes e dos plexos nervosos	G55
Diplegia dos membros superiores	G83.0
Encefalite aguda disseminada	G04.0
Encefalite seguida a processos de imunização	G04.0
Encefalites, mielites e encefalomiérites não especificada	G04.9
Hemiplegia flácida	G81.0
Hemiplegia não especificada	G81.9
Intoxicações alimentares bacterianas não especificada	A05.9
Lesão de nervo ciático	G57.0
Meningoencefalite e meningomiérite bacterianas não classificadas em outras partes	G04.2
Miastenia gravis	G70.0
Mielite transversa aguda	G37.3
Outras encefalites, mielites e encefalomiérites	G04.8
Mononeuropatias de membros inferiores não especificada	G57.9
Mononeuropatias de membros superiores não especificada	G56.9
Monoplegia do membro inferior	G83.1
Monoplegia do membro superior	G83.2
Monoplegia, não especificada	G83.3
Encefalites, mielites e encefalomiérites em doenças virais classificadas em outra parte	G05.1
Miopatia, não especificada	G72.9
Mononeuropatia, não especificada	G58.9
Neoplasia maligna do sistema nervoso central, não especificada (tumor)	C72.9
Paralisia periódica	G72.3
Paraplegia flácida	G82.0
Polineuropatia inflamatória não especificada	G61.9
Polineuropatia não especificada	G62.9
Polineuropatia devido a outros agentes tóxicos	G62.2
Polineuropatia induzida por drogas	G62.0
Síndrome da cauda equina	G83.4
Síndrome de Guillain Barré (Polineurite aguda pós-infecciosa)	G61.0
Síndrome paralítica não especificada (IGN)	G83.9
Tetraplegia flácida	G82.3
Transtornos mioneurais não especificado	G70.9
Traumatismo não especificado da cabeça	S09.9
Traumatismo da medula nível não especificado	T09.3
Traumatismo não especificado de membro superior nível não especificado	T11.9
Traumatismo não especificado de membro inferior nível não especificado	T13.9
Outros transtornos do sistema nervoso (síndrome neurológica à esclarecer).	G98
Paralisia Flácida à esclarecer	PFAE

## TABELA 2 - LAUDOS DE ELETRONEUROMIOGRAFIA

- |   |
|---|
| 1. Comprometimento de junção neuromuscular                |
| 2. Comprometimento do neurônio motor inferior             |
| 3. Lesão do nervo periférico: ciático                     |
| 4. Lesão do nervo periférico: plexo-braquial              |
| 5. Neuropatia periférica axonal sensitivo-motora          |
| 6. Neuropatia periférica axonal motora                    |
| 7. Neuropatia periférica desmielinizante sensitivo-motora |
| 8. Neuropatia periférica desmielinizante motora           |
| 9. Miopatia   |
| 10. Radiculopatia   |
| 11. Outros.   |

## FORMULÁRIO PARA BUSCA ATIVA PFA

01. UF: SC DATA:.....
02. MUNICÍPIO:.....
03. NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE:.....
04. TIPO DE ESTABELECIMENTO  
( ) PÚBLICO ( ) PRIVADO ( ) OUTRO
05. PERÍODO REVISADO:.....
- INSTRUMENTO DE REVISÃO:  
( ) LIVRO DE REGISTROS  
( ) AIH  
( ) PRONTUÁRIOS  
( ) CONTATO COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE (Clínicos, neurologistas, enfermagem, pediatra)
06. NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS REVISADOS:.....
07. NÚMERO DE PRONTUÁRIOS REVISADOS:.....
08. NÚMERO DE PFA ENCONTRADAS.....
09. NÚMERO DE PFA JÁ NOTIFICADAS:.....
10. MEDIDAS ADOTADAS E DESCRIÇÃO DOS CASOS INVESTIGADOS:.....  
.....  
.....
11. ASSINATURA TÉCNICO RESPONSÁVEL.....

Devem ser encaminhados a cada 15 dias ao nível central. O objetivo é de não perder a coleta oportuna de fezes



	A	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC
1	<b>Paralisia Flacida Aguda SC 2020</b>																											
2																												
3																												
4																												
5																												
6	<b>Unidades Sentinelas</b>	<b>SEMANA EPIDEMIOLÓGICA</b>																										
7		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
8	Hospital Santa Cruz de Canoinhas	N	N	N	N	N	N	N																				
9	Hospital Sagrada Familia São Bento do Sul	N	N	N	N	N	N	N																				
10	Fundação Hospitalar Rio Negrinho	N	N	N	N	N	N	N																				
11	HOSPITAL MUNICIPAL SANTO ANTONIO	N	N	N	N	N	N	N																				
12	Hospital Caridade São Braz	N	N	N	N	N	N	N																				
13																												
14	<b>Unidades Sentinelas</b>	<b>SEMANA EPIDEMIOLÓGICA</b>																										
15		27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
16																												
17																												
18	<b>CASOS SUSPEITOS</b>																											
19	<b>Nome</b>								<b>Município de Notificação</b>								<b>Idade</b>			<b>Data Coleta</b>			<b>Data de envio ao LACEN</b>					
20																												

Hoje em Santa Catarina, 34 instituições de saúde são sentinelas na busca ativa de casos de PFA/polio.

**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	
	<b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA / POLIOMIELITE</b>		<b>A 80.9</b>		
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
Dados Individual	10 (ou) Idade		11 SEXO		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		
	12 Gestante		13 Raça/Cor		
		1 - 1ª Trim estre 2 - 2ª Trim estre 3 - 3ª Trim estre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
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 à 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)			

## Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

<b>31</b> Data da 1ª Consulta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>32</b> Data da Investigação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>33</b> Tomou Vacina Contra Poliomielite 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>34</b> Número de doses válidas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>35</b> Data da Última Dose da Vacina <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>36</b> 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 <input type="checkbox"/>		<b>37</b> Se sim, País de origem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Dados Clínicos

<b>38</b> 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 _____		<b>39</b> Data Início da Def. Motora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>40</b> 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		
<b>41</b> 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	<b>42</b> 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	
<b>43</b> Comprometimento de 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Musculatura Respiratória <input type="checkbox"/> Musculatura Cervical <input type="checkbox"/> Face	<b>44</b> Fase Aguda Data do Exame <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>45</b> 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
<b>46</b> Tônus Muscular 1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4-Aumentado 9-Ignorado <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	<b>47</b> 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	
<b>48</b> 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		

**Dados Clínicos (Cont.)**

**49** Reflexo Cutâneo Plantar 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado  
 Flexão E  Extensão E  
 Flexão D  Extensão D

**50** Sinais de Irritação Meníngea  
 1-Ausente 2-Presente 9-Ignorado  
 Kernig  Rigidez de Nuca  Brudzinski

**51** Contato ou Ingestão de Substâncias Tóxicas (Agrotóxicos, Chumbo, Mercúrio, Medicamentos) 1 - Sim   
 2 - Não  
 9 - Ignorado

**52** Caso Afirmativo, Especifique (Preenchimento apenas na ficha)

**53** História de Injeção Intramuscular  **54** Local de Aplicação   
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 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

**57** Data da Internação

**58** UF **59** Município do Hospital

Código (IBGE)

**60** Data da Coleta

**61** Data do envio do Nível Local para o Estadual

**62** Data do envio do Nível Estadual para o LRR

**63** Data do Recebimento no LRR

**64** Quantidade   
 1 - Suficiente  
 2 - Insuficiente

**65** Condições   
 1 - Temperatura Adequada  
 2 - Temperatura Alterada

**66** Data do Resultado

**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

**68** Exames Complementares

Líquor

Data da Coleta	Nº de Células/mm <sup>3</sup>	Linfócitos %	Proteínas mg%	Glicose mg%	Cloreto mg%
/ /					
/ /					

Eletroneuromiografia

**69** Data da Realização **70** Diagnóstico Sugestivo de (tabela anexa)

**71** Coletado Material Anatomopatológico? 1 - Sim   
 2 - Não   
 9 - Ignorado   
 Cérebro  Medula  Intestino

**72** Data da Coleta

**73** Resultado   
 1 - Compatível com poliomielite  
 2 - Não compatível com poliomielite

**Atendimento**

**Dados do Laboratório**

<b>Evolução do Caso (revisita)</b>	<b>74</b> Data da Revisita	<b>75</b> Força Muscular	<b>76</b> Tônus Muscular	1-Diminuído 2-Ausente 3-Normal 4- Aumentado 9-Ignorado
	<input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD	1-Diminuída 2-Ausente 3-Normal 9-Ignorado	<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	
	<b>77</b> 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	
	<b>78</b> 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	<b>79</b> Atrofia 1- Presente 2- Ausente 9- Ignorado <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD
<b>80</b> 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		
<b>Conclusão</b>	<b>81</b> Data da Revisão	<b>82</b> Classificação Final	<b>83</b> Critério de Classificação	
	<input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Face	1-Confirmado P diovírus Selvagem 2-Compatível 3-Associado à vacina 4-Descartado 5-Confirmado PVDV	1-Laboratorial 2-Clinico Epidemiológico 3-Perda de Seguimento 4-Óbito 5-Evolução	
	<b>84</b> Diagnóstico do Caso Descartado (vide tabela em anexo)	<b>85</b> Evolução	1-Cura com sequela 2-Cura sem sequela 3-Óbito por PF A/Pólio 4-Óbito por outras causas 9-Ignorado	
<b>86</b> Data do Óbito	<b>87</b> Data do Encerramento			
<b>Investigador</b>	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	

PFAP diomielite

Sinan NET

SVS 08/10/2009



Rotary

unicef

WHO

[giselebarreto@saude.sc.gov.br](mailto:giselebarreto@saude.sc.gov.br)

(48) 3664-7470