

## MODELO 2

## Vigilância da paralisia flácida aguda (PFA)

## Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite - Plano de Ação Pós-Eliminação

A preencher pelas respectivas entidades:

<u>DELEGADO DE SAÚDE – ACES</u> Data de receção Modelo 1: / /	<u>COORDENADOR REGIONAL</u> Data de receção Modelo 2: / /	<u>DGS</u> Data de receção Modelo 2: / / Nº de caso _____
--	--	---

Por favor, envie cópias para o Coordenador Regional do Programa até 48h após receção do Modelo 1 e para o INSA a página 2 com a(s) amostra(s) de contactos próximos, se aplicável.

## INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

## DOENTE

Nome \_\_\_\_\_

Sexo  F  M Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento / /

Hospital \_\_\_\_\_ Nome do médico \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Frequenta: Ama  Creche  Infantário  Escola  Outro 

Especificar \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Vacina atenuada contra a poliomielite (VAP)  S  N  NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /Vacina inativada contra a poliomielite (VIP)  S  N  NS Nº doses \_\_\_\_ Data da última dose / /Outros casos na família, colegas ou vizinhança?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_Viagem?  S  N  NS Onde? \_\_\_\_\_ Data do início / / Data do fim / /Reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_Pertence a minoria religiosa/étnica?  S  N  NS Especificar \_\_\_\_\_

Contacto próximo com pessoa que:

(se pertinente, especificar na tabela da página seguinte)

 viajou recentemente. País \_\_\_\_\_ Data de chegada a Portugal: / / reside em comunidade originária de países de risco para poliomielite. Qual? \_\_\_\_\_ não está vacinada contra a poliomielite. Especificar \_\_\_\_\_ foi vacinada recentemente com a vacina VAP. Quando e onde? \_\_\_\_\_ pertence a minoria religiosa/étnica. Especificar \_\_\_\_\_ doente com poliomielite em fase contagiosa. Quando e onde? \_\_\_\_\_

Utilizar a tabela da página seguinte para registar os contactos próximos investigados laboratorialmente e enviar ao INSA com as amostras.

MEDIDAS DE CONTROLO \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

## MODELO 2

Nome do doente \_\_\_\_\_

Dados dos contactos próximos identificados<sup>§</sup> (para envio ao INSA juntamente com as amostras de fezes)

Nome	Sexo	Data nascimento	Data último contato com o caso	Especificar viagem recente	Nº doses VAP/VIP	Data última dose VAP/VIP	Data colheita da amostra fezes	Morada

\* Preferencialmente, contactos próximos < 5 anos de idade – coabitantes, amigos íntimos, colegas em creches e infantários, colegas de internamento hospitalar, outros.

§ A investigar laboratorialmente, até 35 dias após internamento do caso, se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL – AMOSTRAS DE FEZES

<b>CONTATOS PRÓXIMOS DE UM CASO</b>	<b>Colher 1 amostra</b> Se o caso for provável ou tiver amostras inadequadas <b>O mais cedo possível</b> (até ao máximo de 35 dias após o internamento do caso)
<b>TÉCNICA DE COLHEITA</b>	Colher +/- 10g de fezes (equivalente a 1 colher de sopa) para recipiente esterilizado, de preferência descartável (aplicar enema, se necessário)
<b>CONSERVAÇÃO</b>	Manter no frigorífico até envio para o laboratório
<b>IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (Letra legível)</b>	Rotular as amostras com o nome e número do utente e nome da unidade de saúde expedidora, juntar cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida
<b>AMOSTRA</b>	Colocar cada recipiente com amostras em saco plástico bem fechado
<b>ENVIO DA AMOSTRA AO LABORATÓRIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providenciar embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou mão própria</i>), com refrigeração</li> <li>• Incluir cópia da pg. 2 do Modelo 2, devidamente preenchida</li> <li>• Assegurar entrega ao laboratório no <b>prazo máximo de 72 horas</b></li> </ul>

## Enviar para:

Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA)  
Laboratório Nacional de Referência de Doenças Evitáveis pela Vacinação  
Av. Padre Cruz, 1600-560 Lisboa  
**Telefone 21 750 8173**  
**Fax 21 752 64 00**  
**E-mail** [paula.palminha@insa.min-saude.pt](mailto:paula.palminha@insa.min-saude.pt)

## REGISTOS NO LABORATÓRIO (INSA)

Data de receção: / / NA 1 \_\_\_\_\_; NA 2 \_\_\_\_\_  
NA 3 \_\_\_\_\_; NA 4 \_\_\_\_\_; NA 5 \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO INQUÉRITO

Nome \_\_\_\_\_ Funções \_\_\_\_\_ ACES \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Data / / Assinatura \_\_\_\_\_

Validado pelo Coordenador Regional em / / Assinatura \_\_\_\_\_

