



Assunto: Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite
Plano de Acção Pós-Eliminação

Nº: 08/DSPS
DATA: 04/05/04

Para: Administrações Regionais de Saúde; Centros Regionais de Saúde Pública;
Hospitais e Laboratórios públicos, privados, de investigação e de ensino;
Autoridades de Saúde

Contacto na DGS: Dra. Maria da Graça Freitas; Dra. Ana Maria Santos Silva
Contactos no INSA: Doutora Teresa Paixão, Doutora Helena Rebelo de Andrade

Na sequência da publicação do Despacho nº. 1191/2004 (2ª série) de 23 de Dezembro, do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República nº. 16 – II Série, de 20 de Janeiro de 2004, divulga-se o Plano de Acção Pós-Eliminação da Poliomielite em Portugal, aprovado por este despacho, que se transcreve:

"O Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite está integrado no programa e estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de erradicar a poliomielite do mundo, tendo sido divulgado pela Direcção-Geral da Saúde através da circular normativa nº 15/DSSP de 3 de Outubro de 1995, posteriormente revogada pela circular normativa nº 7/DSPS, de 8 de Junho de 1999, que reforçou a operacionalidade do Programa de Vigilância Clínica, Epidemiológica e Laboratorial da Paralisia Flácida Aguda (PFA).

Em Junho de 2002, a OMS declarou a região europeia livre de poliomielite após certificação por parte dos 51 Estados membros, entre os quais Portugal, da não circulação de vírus polio selvagem e da capacidade de manter o País livre de poliomielite através do plano de acção pós-eliminação.

Assim, de acordo com as orientações da OMS, a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge elaboraram um plano de acção pós-eliminação, com a finalidade de manter o País livre de poliomielite após a certificação da eliminação da poliomielite na região europeia. O referido plano de acção está integrado no Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite que, por sua vez, será incluído no Plano Nacional de Saúde e tem como objectivos garantir:

- elevados níveis de cobertura vacinal;
- a manutenção do programa de vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da PFA;
- a contenção de vírus polio selvagem em laboratórios.

A monitorização deste plano e a sua avaliação competem à DGS e ao INSA, sendo acompanhado e verificado pela OMS.

Este plano de acção destina-se aos profissionais e serviços de saúde e de investigação, públicos e privados, e a sua execução far-se-á em colaboração com outros ministérios de acordo com a legislação em vigor e em consonância com os poderes de autoridade de saúde no que se refere à salvaguarda da saúde pública.

Reconhecida a necessidade de serem garantidas condições para manter Portugal livre de poliomielite no período pós-eliminação e até à erradicação da doença, aprovo o Plano de Acção Pós-Eliminação da Poliomielite, que será divulgado pela Direcção-Geral da Saúde através de circular normativa.

Lisboa, 23 de Dezembro de 2003

O Ministro da Saúde, *Luís Filipe Pereira*".

PROGRAMA NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE

Plano de Acção Pós-Eliminação¹

Desde 1995 que em Portugal está em vigor o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite integrado no Programa e Estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) de erradicar a poliomielite do Mundo.

O Programa foi divulgado através de duas circulares normativas a última das quais (Circular Normativa nº 7/DSPS de 08/06/1999) esteve em vigor até à data ficando revogada pela presente circular.

A capacidade de manter de forma sustentada elevadas taxas de cobertura vacinal e o cumprimento do Programa de Vigilância Clínica, Epidemiológica e Laboratorial da Paralisia Flácida Aguda (PFA) permitiram que a OMS declarasse Portugal como País livre de poliomielite.

Com efeito, em Junho de 2002, a OMS declarou a região europeia livre de poliomielite após certificação por parte dos 51 países da Região da não circulação do vírus polio selvagem e da capacidade de se manterem livres de polio através da aplicação de um Plano de Acção Pós-Certificação/Eliminação.

O Plano de Acção Pós-Eliminação tem como finalidade manter o País livre de polio garantindo:

- Elevados níveis de cobertura vacinal em todo o País;
- Vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial para detectar precocemente vírus polio selvagem importado ou vírus polio de origem vacinal (POV);
- A contenção de vírus polio selvagem em laboratórios.

A monitorização do Plano de Acção Pós-Eliminação e a sua avaliação competem à Direcção Geral da Saúde (DGS) e ao Instituto Nacional de Saúde (INSA), sendo acompanhada pela OMS.

A operacionalização e desenvolvimento do Plano de Acção compete aos Hospitais e Laboratórios públicos, privados, de investigação e de ensino e às Autoridades de Saúde. Nas Instituições e Serviços mencionados o cumprimento do Plano é coordenado pelo responsável para o efeito designado.

O Plano que agora se divulga será reavaliado caso se venha a verificar a situação prevista no nível 3 (caso confirmado causado por vírus polio selvagem).

¹ Adaptado do Plano proposto pela Organização Mundial de Saúde em Abril de 2002

Assim, devem ser desenvolvidas actividades nas seguintes vertentes:

1. VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE

A vacinação far-se-á com vacina oral (VAP) ou vacina inactivada (VIP) contra a poliomielite, conforme as orientações que estiverem em vigor no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

1.1 Manter elevados níveis de cobertura vacinal, a fim de prevenir a disseminação de vírus polio selvagem no caso de eventual importação e também a disseminação de vírus polio de origem vacinal.

Assim, é necessário assegurar:

Coberturas vacinais >95% para a primovacinação com 3 doses de vacina contra a poliomielite, no primeiro ano de vida. Esta meta deve ser atingida a nível nacional, regional e local de forma a que não se verifiquem assimetrias locais ou regionais nem “bolsas” de susceptíveis. As coberturas vacinais devem ser monitorizadas regularmente. A monitorização das coberturas será brevemente realizada com recurso ao módulo de vacinação do SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde), processo totalmente informatizado o que permitirá a vigilância contínua das mesmas desde o nível nacional à freguesia.

Deve ser dada especial atenção à monitorização do estado vacinal das populações de alto risco, tais como grupos de imigrantes, refugiados, e grupos minoritários (ex. indivíduos de etnia cigana). Especial atenção deverá ser dada aos bairros onde residem cidadãos provenientes de Angola e de Cabo Verde dada a realidade epidemiológica referente à poliomielite nestes países e às nossas ligações aos mesmos. A probabilidade de um eventual portador de vírus polio selvagem proveniente de um daqueles países vir residir para junto da sua comunidade de origem é grande, e, nesse sentido, essa comunidade deve estar suficientemente protegida em termos imunitários para minimizar o risco de ocorrência de casos secundários e a disseminação do vírus selvagem.

Neste sentido, os **Centros de Saúde em cuja área de influência existam “bolsas” com populações desfavorecidas e pouco integradas socialmente** devem proceder, anualmente, à identificação e caracterização das mesmas (actualizando informação já existente, na maioria das situações). Esta caracterização das “bolsas” desfavorecidas far-se-á envolvendo os líderes comunitários de forma a garantir o êxito da tarefa.

Da caracterização das referidas “bolsas” fará obrigatoriamente parte o apuramento de coberturas vacinais nos menores de 15 anos.

Cada Centro de Saúde, de acordo com a sua realidade, implementará as medidas pertinentes para que as coberturas vacinais contra a poliomielite nestas “bolsas” sejam semelhantes às da população em geral. Assim, devem ser vacinadas todas as crianças e adolescentes não vacinados ou com doses da vacina em atraso. Este esforço deve ser aproveitado para a actualização de todas as vacinas do Programa Nacional de Vacinação (PNV) nas crianças e adolescentes em causa.

1.2 Ocorrência de um ou mais casos clínicos suspeitos de poliomielite ou isolamento de qualquer tipo de vírus polio associado a factores de risco específicos.

Devem ser implementadas as seguintes medidas adicionais de vacinação:

- **Nível 1 - “Caso urgente” com suspeita de poliomielite** (ver definição na página 7)
 1. Vacinar os contactos próximos (ex. conviventes e contactos hospitalares) de qualquer idade que não estejam vacinados ou que tenham o esquema vacinal incompleto;
 2. Identificar e vacinar as crianças (colegas de escola/instituição, companheiros de brincadeira, etc.) que não estejam vacinadas ou que tenham o esquema vacinal incompleto;
 3. Se a cobertura vacinal da área de residência e/ou da área da instituição frequentada pelo caso for $\leq 80\%$, deve ser iniciada vacinação alargada a todos os indivíduos que não estejam vacinados ou que tenham o esquema vacinal incompleto.
- **Nível 2 - Caso possível de poliomielite, com suspeita de ser causado por vírus polio selvagem** (ver definição na página 8)
 1. Vacinar, de imediato, os contactos próximos (ex. conviventes e contactos hospitalares) independentemente do seu estado vacinal e da idade;
 2. Investigar, de imediato, a cobertura vacinal na população de alto risco das “bolsas” de susceptíveis (ex. escolas, comunidades residenciais, localidades/povoações). Devem ser consideradas campanhas vacinais “porta a porta” envolvendo todas as crianças com menos de 3 anos ou com menos de 5 anos ou de outras idades, de acordo as circunstâncias epidemiológicas, nas áreas geográficas adequadas.
- **Nível 3 - Caso confirmado causado por vírus polio selvagem** (ver definição na página 8)
 1. Vacinar, de imediato, os contactos próximos (ex. conviventes e contactos hospitalares) independentemente do seu estado vacinal e da idade;
 2. Avaliar, de imediato, a cobertura vacinal na população de alto risco e “bolsas” de susceptíveis (ex. escolas, comunidades residenciais, localidades/povoações). Devem ser consideradas campanhas vacinais “porta a porta” para:
 - Todas as crianças de idade < 5 anos nas áreas definidas, independentemente do estado vacinal;

ou

 - Todas as crianças de grupos de alto risco a nível nacional, independentemente do estado vacinal (a OMS define como crianças de alto risco aquela que têm menos de 3 doses de vacina ou que tenham viagem recente a área endémica).
 3. À medida que estiver disponível mais informação, pode ser considerada a imunização suplementar a nível nacional, regional ou local, considerando outros grupos etários/populações/áreas geográficas, dependendo das circunstâncias epidemiológicas.

2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

2.1 Manter vigilância de alta qualidade para a detecção precoce de vírus polio selvagem importado ou de vírus polio de origem vacinal (POV) **baseada essencialmente na vigilância da paralisia flácida aguda (PFA).**

Actividades:

1. Todos os casos com diagnóstico clínico de paralisia flácida aguda (PFA), sem causa confirmada da paralisia, em indivíduos com menos de 15 anos de idade devem ser notificados, no prazo de 24 horas, ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde respectivo (cópia do Modelo 1 anexo a esta Circular).
2. A cada caso de PFA devem ser realizadas análises a duas amostras de fezes (2x10g) colhidas com intervalo de 24 a 48 horas, sendo que a primeira deve realizar-se até 48 horas após o início dos sintomas.
3. Quando aplicável, por cada caso devem igualmente ser realizadas análises a uma amostra de fezes de cada uma de cinco crianças com menos de 5 anos de idade que tenham tido contacto próximo com o caso e não vacinadas nos 30 dias anteriores.
4. Todas as amostras de fezes serão analisadas no Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa).
5. As amostras de fezes dos casos e respectivos contactos devem chegar ao Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa) no prazo máximo de 72 horas. As condições de colheita e de transporte encontram-se especificadas no verso dos suportes de informação que devem acompanhar as amostras de fezes (Modelos 1 e 2 anexos a esta Circular).
6. Todos os doentes devem ser reavaliados clinicamente entre o 60º e o 90º dia depois do início da PFA. Se a reavaliação do doente não for possível, o facto deve ser comunicado à DGS/Sistema de Alerta e Resposta Adequada (SARA).

Se se vier a revelar pertinente poder-se-á ponderar também a vigilância laboratorial de enterovírus e eventualmente, a vigilância ambiental.

Qualquer laboratório que isole vírus polio de qualquer fonte, independentemente do tipo de investigação ou determinação analítica em curso, enviará, num período de duas semanas, o agente isolado para o Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa) para diferenciação intratípica (DIT), com a finalidade de determinar se o vírus é selvagem ou de origem vacinal.

No quadro seguinte resumem-se os indicadores e metas no âmbito de vigilância da PFA.

Vigilância da Paralisia Flácida Aguda (PFA)

Indicadores	Metas
Notificação de casos de PFA em <15 anos (indicadores calculados a nível nacional e regional)	Identificar: <ul style="list-style-type: none"> • =1 caso de PFA/100.000 habitantes < 15 anos de idade • =90% dos casos de PFA notificados no prazo de 24 horas ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde • =90% dos casos de PFA notificados no prazo de 24 horas à Organização Mundial de Saúde (OMS) • =80% dos casos de PFA com investigação iniciada até 48 horas após notificação • =80% dos casos de PFA classificados até 90 dias após o início da sintomatologia
Colheita atempada das amostras de fezes	<ul style="list-style-type: none"> • =80% dos casos de PFA com 2 amostras de fezes, colhidas com intervalo de 24 a 48 horas, sendo que a primeira deve realizar-se até 48 horas após o início dos sintomas
Envio atempado das amostras de fezes	<ul style="list-style-type: none"> • =80% dos casos de PFA com amostras de fezes entregues no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) até 72 horas após colheita
Qualidade do laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • =80% das amostras com isolamento e tipagem = 28 dias após a sua recepção • =80% dos vírus polio isolados serão caracterizados, incluindo a sua sequenciação em = 60 dias após o início da paralisia
Envio atempado de amostras ao laboratório da OMS	<ul style="list-style-type: none"> • =80% das estirpes isoladas serão enviadas pelo Laboratório de Referência da Polio (INSA) ao Laboratório Regional de Referência da OMS em ≤ 21 dias após isolamento

2.2 Reforçar as medidas de vigilância se ocorrerem um ou mais casos clínicos suspeitos de poliomielite ou isolamento de qualquer tipo de vírus polio associado a factores de risco específicos:

Nível 1 – “Caso urgente” com suspeita de poliomielite

Definição:

- Paralisia flácida aguda em pessoas <15 anos de idade (incluindo casos falecidos recentemente) com um dos seguintes factores de risco:
 - <3 doses de VAP/VIP

ou

 - viagem(s) recente(s) a uma área endémica.

- Qualquer caso de doença parálitica com suspeita clínica de poliomielite em indivíduos de qualquer idade
- ou**
- Vírus polio isolado de qualquer pessoa de qualquer idade, mesmo sem paralisia, com os factores de risco acima mencionados.

Actividades:

1. Notificação imediata do caso à DGS que, por sua vez, deve notificar de imediato à OMS (*WHO Regional Office*).
2. Iniciar de imediato investigação dos casos e dos contactos.
3. Logo que um caso seja identificado como “caso urgente”, deve ser assegurada, de imediato, a colheita de 2 amostras de fezes (com intervalo de 24 a 48 horas), sendo que a primeira deve realizar-se até 48 horas após o início dos sintomas.
4. Deve ser colhida 1 amostra de fezes de cada um dos contactos (ex. conviventes e contactos hospitalares) de qualquer idade e ainda, se aplicável, de cinco crianças com menos de 5 anos de idade que tenham tido contacto próximo com o caso e não vacinadas nos 30 dias anteriores.
5. As amostras de fezes do caso e dos contactos devem chegar ao Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa) no prazo máximo de 48 horas após a colheita.
6. As condições de colheita e de transporte encontram-se especificadas no verso dos suportes de informação que devem acompanhar as respectivas amostras de fezes (Modelos 1 e 2 anexos a esta Circular).
7. Todos os doentes devem ser reavaliados clinicamente entre o 60º e o 90º dia depois do início da PFA. Se a reavaliação do doente não for possível, o facto deve ser comunicado à DGS/SARA.

Nível 2 - Caso possível de poliomielite, com suspeita de ser causado por vírus polio selvagem.

Definição:

- Paralisia flácida aguda num indivíduo de qualquer idade com isolamento de vírus polio e ainda antes de completada a realização da diferenciação intratípica.

Nível 3 - Caso confirmado causado por vírus polio selvagem

Definição:

- Doença compatível com poliomielite (paralítica ou não paralítica) com vírus polio isolado e confirmado como selvagem por diferenciação intratípica.

Nota: Para o caso ter sido classificado como “possível” ou “confirmado” as análises das fezes do caso já se realizaram.

As actividades a desenvolver para um caso possível ou para um caso confirmado são semelhantes excepto no que respeita ao ponto 3. que é descrito de forma distinta.

Actividades:

1. Notificação imediata do caso à DGS que, por sua vez, deve notificar de imediato à OMS (*WHO Regional Office*).
2. Iniciar de imediato investigação do caso e dos contactos. Se a situação tiver evoluído a partir de um “caso com suspeita de poliomielite” ou de um “caso possível” dar-se-à continuidade às investigações.
3. Colheita de amostras de fezes aos contactos:
 - Perante um **caso possível** deve ser colhida 1 amostra de fezes de cada um dos contactos (ex. conviventes e contactos hospitalares) de qualquer idade e ainda, se aplicável, de cinco crianças com menos de 5 anos de idade que tenham tido contacto próximo com o caso e não vacinadas nos 30 dias anteriores.
 - Perante um **caso confirmado** devem ser colhidas, para cultura viral, 2 amostras de fezes (com intervalo de 24 a 48 horas) de cada um dos contactos (ex. conviventes e contactos hospitalares) de qualquer idade e ainda, se aplicável, de 5 crianças contacto dos casos.
4. As amostras de fezes dos contactos devem chegar ao Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa) no prazo máximo de 48 horas após a colheita.
5. As condições de colheita e de transporte encontram-se especificadas no verso dos suportes de informação que devem acompanhar as respectivas amostras de fezes.
6. Todos os doentes devem ser reavaliados clinicamente entre o 60º e o 90º dia depois do início da PFA. Se a reavaliação do doente não for possível, o facto deve ser comunicado à DGS/SARA.
7. Nas primeiras 48 horas deve ser instituída **vigilância activa** de outras situações clínicas passíveis de serem provocadas por vírus polio. Para tal:
 - Informar os médicos e os laboratórios locais sobre a situação;
 - As autoridades de saúde (Adjuntos Regionais) deverão contactar diariamente os hospitais do seu distrito para conhecimento de novos casos;
 - Deve ser feita colheita de fezes a crianças <5 anos internadas no(s) hospital(is) da área de residência do caso (todas as crianças hospitalizadas ou sub-populações de risco) e deve ser efectuado o rastreio a crianças saudáveis (quantas e quais será definido perante uma situação concreta), mediante colheita de fezes.
8. A vigilância activa deve continuar até que a transmissão do vírus selvagem possa ser excluída.

9. Deve ser realizada uma procura activa de casos, de forma retrospectiva por:
 - Investigação epidemiológica na comunidade/nas populações de risco;
 - Contacto com os laboratórios para obter informação sobre os estudos virológicos e investigações laboratoriais em curso e isolamentos recentes de enterovírus não tipificados;
 - Os laboratórios que tenham estudos laboratoriais em curso para isolamento de vírus devem enviar as fezes, de imediato, ao Laboratório de Referência da Polio (INSA).
10. Pode ser considerada investigação adicional:
 - O diagnóstico serológico para vírus polio;
 - PCR para vírus polio em sobrenadantes de cultura de tecidos após primeira passagem.

Para efeitos do presente Plano de Acção, no que respeita à vigilância, consideram-se as definições de caso que constam do texto de apoio anexo a esta Circular.

Suportes de Informação

Foram desenvolvidos quatro suportes de informação (Modelo 1, Modelo 2, Modelo 3, Modelo 4) anexos a esta Circular, a serem preenchidos de acordo com os procedimentos seguintes:

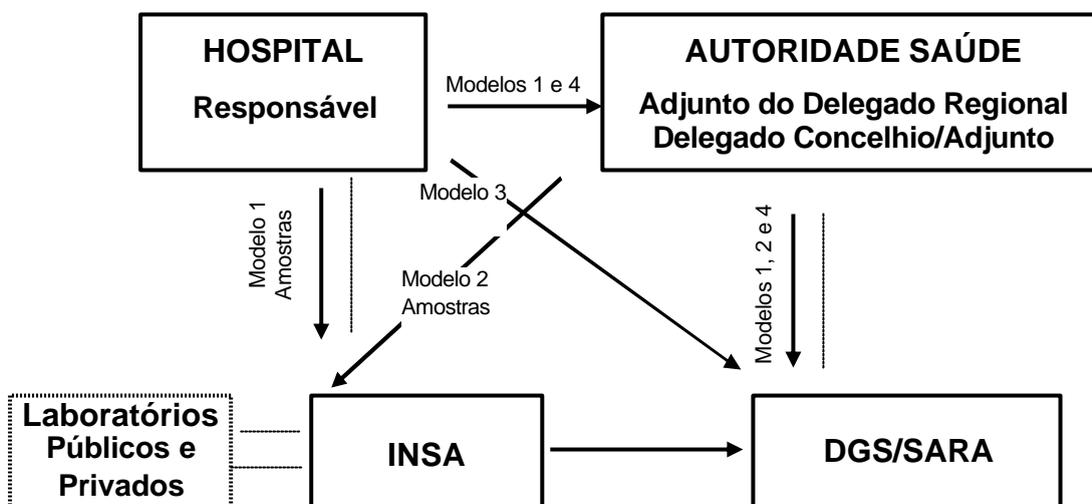
Modelo 1 - Inquérito para CASO: é preenchido pelo Responsável do Hospital e enviado ao Laboratório de Referência da Polio / INSA a acompanhar as duas amostras de fezes do caso, colhidas com intervalo de 24 a 48 horas; uma cópia do modelo é enviada ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde a que pertence o hospital.

Modelo 2 - Inquérito individual para CONTACTOS com casos: é preenchido pelo Delegado de Saúde Concelhio / Adjunto do local de residência do caso e enviado ao Laboratório de Referência da Polio / INSA a acompanhar a amostra de fezes dos contactos identificados; uma cópia do modelo de cada contacto é enviada para a DGS / SARA. Se a identificação dos contactos não for possível, tal facto deve ser rapidamente comunicado à DGS / SARA.

Modelo 3 - Reavaliação clínica de CASO: é preenchido pelo Responsável do Hospital após reavaliar o doente entre o 60º e o 90º dia depois do início da PFA e enviado para a DGS / SARA. Se a reavaliação do doente não for possível, o modelo deve ser enviado para a DGS / SARA comunicando o facto.

Modelo 4 – Registo mensal de todos os casos PFA ou suspeita de poliomielite diagnosticados, incluindo o registo de zero casos: o quadro resumo dos casos diagnosticados em cada mês é preenchido por todos os Hospitais envolvidos no Programa e enviado, na primeira semana do mês seguinte, ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde a que pertence o hospital, mesmo nos meses em que não haja casos a declarar.

Procedimentos e fluxograma de informação para a vigilância



A avaliação será efectuada através do envio mensal do Modelo 4 pelos Hospitais ao respectivo Adjunto do Delegado Regional de Saúde, com o resumo mensal dos casos diagnosticados, incluindo o registo de zero casos.

As despesas originadas pelos procedimentos laboratoriais efectuados no INSA serão suportadas pelos serviços requisitantes, públicos ou privados, ou pelo Centro de Saúde no caso dos exames pedidos aos contactos.

3. CONTENÇÃO LABORATORIAL

3.1 Assegurar a contenção do vírus polio selvagem em laboratórios

Uma vez erradicada a poliomielite, os laboratórios constituirão as únicas fontes ou reservatórios de vírus polio. Para evitar a sua disseminação accidental serão necessários procedimentos laboratoriais correspondendo, no limite mínimo, a segurança biológica de nível 2 (BSL/2) ou 3 (BSL/3) e até de nível 4 (BSL/4), sendo de assegurar sempre a observância das regras de boas práticas laboratoriais publicadas pelo Despacho nº 8835/2001 (2ª série), de 27 de Abril¹.

A lista nacional de laboratórios que contêm materiais potencialmente contaminados com vírus polio (selvagem ou de origem vacinal) foi completada em 31 de Dezembro de 2002 devendo ser asseguradas medidas de contenção nos laboratórios que desejem manter e manipular estes materiais (nível de biosegurança 2 ou, quando indicado pelo progresso da erradicação global da poliomielite, nível de biosegurança 3).

Como anteriormente referido qualquer laboratório que isole vírus polio de qualquer fonte, independentemente do tipo de estudo ou investigação em curso, enviará, num período de duas semanas, o agente isolado para o Laboratório de Referência da Polio (INSA, Lisboa) para diferenciação intratípica, para determinar se o vírus é selvagem ou de origem vacinal.

3.1.1 Região Certificada (ausência de poliomielite endémica)

1. O Inventário Nacional de Laboratórios que foi elaborado até 31 de Dezembro de 2002, especificando as unidades laboratoriais que detêm vírus polio (vacinais ou selvagens), produtos biológicos ou materiais potencialmente infecciosos, incluindo a descrição e quantificação destes produtos ou materiais;
 - 1.1 Actualização da descrição qualitativa e quantitativa dos produtos biológicos ou materiais mencionados sempre que se verificarem alterações nos mesmos deverá ser comunicada ao Instituto Nacional de Saúde;
2. Todos os Laboratórios devem instituir desde já os procedimentos de segurança laboratorial de nível 3 (BSL/3) para manipulação de produtos biológicos contendo ou que potencialmente contenham vírus polio ou manipulação de materiais potencialmente infecciosos (para definições ver Anexo).
3. Todos os Laboratórios devem considerar a imediata eliminação, segundo os procedimentos de segurança habituais, de todos os produtos contendo vírus polio ou de materiais potencialmente infecciosos, cuja manutenção não tenha uma adequada justificação clínica / virológica.
4. Como já referido na presente Circular os produtos biológicos provenientes de casos e seus contactos devem ser enviados para o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Laboratório de Referência da Polio, em Lisboa, para estudo virológico, segundo as regras de segurança para envio de produtos biológicos de elevado risco biológico.
5. Os laboratórios que manipulem produtos infecciosos ou potencialmente infecciosos para vírus polio (selvagens e vacinais) devem desde já preparar os procedimentos de segurança laboratorial necessários (BSL/3) para a fase pós-erradicação mundial da poliomielite;
6. A importação para Portugal de vírus polio ou materiais potencialmente infecciosos para este tipo de vírus requer a autorização prévia da Autoridade de Saúde Nacional e a comunicação imediata no caso de importação inadvertida.

3.1.2 Pós-erradicação mundial da poliomielite

Os procedimentos laboratoriais deverão ter início um ano após a detecção do último caso de poliomielite a nível mundial:

1. Exigência de elevada segurança laboratorial (nível 3, BSL-3/polio) para a manipulação de vírus polio selvagens;
2. Todos os laboratórios detentores de produtos biológicos contendo vírus polio selvagens ou outros produtos / materiais potencialmente infecciosos, devem optar por:
 - a) Implementar procedimentos de segurança biológica de nível 3 (BSL-3/polio) ou
 - b) Transferir os produtos / materiais contendo vírus polio selvagens ou potencialmente infecciosos para o Laboratório de Referência da Polio, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (Lisboa) ou

- c) *Tratar*, segundo os procedimentos de segurança, os produtos biológicos / materiais, tornando-os *não infecciosos*.

3.1.3 Fase pós-imunização com VAP

Esta fase terá início ao cessar a imunização com VAP

1. Todos os Laboratórios deverão utilizar condições de máxima segurança biológica (nível 4, BSL/4) para a contenção laboratorial dos vírus polio selvagens ou de produtos biológicos ou materiais potencialmente infecciosos para os vírus descritos;
2. Procedimentos de elevada segurança biológica de nível 3 (BSL-3/polio) deverão ser utilizados para a manipulação de vírus polio de origem vacinal ou derivados dos mesmos.

O Director-Geral e Alto Comissário da Saúde

Prof. Doutor José Pereira Miguel

A presente Circular revoga a Circular Normativa N^o 7/DSSP de 08/06/1999.

Anexos:

- I - Texto de apoio sobre aspectos clínicos da PFA e definição de caso para efeitos da vigilância
- II - Texto sobre Segurança laboratorial de nível 2 (BSL-2) / requisitos para a manipulação de vírus polio
- III - Quatro suportes de informação (modelos 1 a 4)

ANEXO I

Definição de Caso para efeito da Vigilância Epidemiológica

O Programa para a erradicação da poliomielite deverá usar uma definição de "caso" uniformizada.

Caso suspeito

Qualquer caso de paralisia de início súbito num indivíduo *com menos de 15 anos* atribuível a qualquer causa excepto a traumatismo

ou

Doença paralítica no indivíduo de *qualquer idade* com suspeita clínica de poliomielite.

A classificação de "caso suspeito" é temporária, devendo o caso ser reclassificado como "provável" ou "rejeitado" no período de 48 horas após a detecção do caso.

"Caso urgente" com suspeita de poliomielite

Paralisia flácida aguda em pessoas <15 anos de idade (incluindo casos falecidos recentemente) com um dos seguintes factores de risco:

- <3 doses de VAP/VIP
- ou
- viagem(s) recente(s) a uma área endémica

ou

Qualquer caso de doença paralítica com suspeita clínica de poliomielite em indivíduos de qualquer idade

ou

Vírus polio isolado de qualquer pessoa de qualquer idade, mesmo sem paralisia, com os factores de risco acima mencionados.

A classificação de "caso urgente com suspeita de poliomielite" é temporária, devendo o caso ser reclassificado como "provável", "possível" ou "rejeitado" no período de 48 horas após a sua detecção.

ANEXO I

Caso provável (paralisia flácida aguda)

Classificação a dar ao "caso suspeito" se for diagnosticada **paralisia flácida aguda**

e

não for imediatamente diagnosticada outra causa justificativa da paralisia.

A classificação de "caso provável" é igualmente temporária. No período de 10 semanas, contadas a partir da data de início da doença, o caso deverá ser reclassificado como "confirmado", "compatível", "associado à vacina" ou "rejeitado".

Caso possível de poliomielite com suspeita de ser causado por vírus polio selvagem.

Paralisia flácida aguda num indivíduo de qualquer idade com isolamento de vírus polio e ainda antes de completada a realização da diferenciação intratípica.

Caso confirmado causado pelo vírus polio selvagem

Doença paralítica aguda com ou sem paralisia residual

e

isolamento de vírus polio "selvagem" nas fezes do caso ou nas fezes dos contactos do caso inicial

ou

Doença compatível com poliomielite (paralítica ou não paralítica) com vírus polio isolado e confirmado como selvagem por diferenciação intratípica.

Caso compatível com poliomielite

Os casos são classificados como "compatíveis com poliomielite" quando for impossível colher fezes durante as duas primeiras semanas após o início da paralisia

e

exista doença paralítica aguda compatível com a paralisia residual da poliomielite ao fim de 60 dias

ou

Ocorra a morte no período de 60 dias

ou

Quando o caso se perdeu.

ANEXO I

Caso de poliomielite paralítica associada à vacina

Caso de doença paralítica aguda do qual foi isolada uma estirpe "vacinal" de vírus polio a partir de uma amostra de fezes

e

o vírus seja considerado o causador da doença.

Existem dois tipos de "casos de poliomielite associados à vacina": casos de indivíduos vacinados e casos de indivíduos que contactaram com vacinados.

Caso associado à vacina em indivíduos vacinados

Um caso é classificado como "caso de poliomielite paralítica induzida pela vacina" quando um indivíduo inicia o episódio de **paralisia flácida aguda** 4 a 40 dias depois de ter recebido a vacina oral contra a poliomielite e tiver sequelas neurológicas compatíveis com poliomielite 60 dias após o início da paralisia.

Caso relacionado com a vacina

Um caso é classificado como "caso relacionado com a vacina" quando o indivíduo manifestar paralisia residual 60 dias após o início da paralisia flácida aguda e tiver contactado 4 a 40 dias antes da paralisia, com indivíduo vacinado 4 a 85 dias antes da doença do contacto.

Caso compatível com poliomielite associada à vacinação (ver definição de "caso compatível com poliomielite").

Caso rejeitado (não poliomielite)

Rejeitada PFA – tratava-se de paralisia espástica ou crónica ou apenas paralisia facial.

Rejeitada poliomielite – caso de doença paralítica aguda do qual se obtiveram duas amostras de fezes (colhidas durante as duas primeiras semanas após o início da paralisia) das quais não se isolaram vírus polio.

O isolamento de vírus polio nas fezes de cinco contactos foi também negativo.

Segurança laboratorial de nível 2 (BSL-2) / requisitos para a manipulação de vírus polio

1. A Organização Mundial de Saúde, em Junho de 2002, declarou a Região Europeia livre de poliomielite após certificação por parte dos 51 países da não circulação do vírus polio selvagem e da realização de inquéritos a instituições nacionais, com o fim de se identificarem os laboratórios que possuíam estirpes de vírus polio selvagem ou materiais potencialmente infecciosos associados a estes vírus.

Após a realização do inquérito laboratorial em Portugal, a 31 de Dezembro de 2002, somente duas Instituições detêm estirpes de vírus polio selvagem designadamente, o Laboratório de Virologia do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em Lisboa e o Laboratório de Referência da Polio do Instituto Nacional de Saúde, em Lisboa.

A nível nacional, o Decreto-Lei nº 84/97², de 16 de Abril, veio estabelecer as prescrições mínimas de protecção, da segurança e da saúde dos técnicos contra os riscos de exposição a agentes biológicos, aplicáveis a vários sectores de actividade onde ocorre a manipulação e/ou produção dos agentes biológicos classificados nas Portarias nº405/98³ de 11 de Julho e Portaria nº 1036/98⁴, de 15 de Dezembro e o Decreto-Lei nº 290/2001⁵, de 16 de Novembro.

A prevenção da infecção e / ou contaminação accidental humana ou ambiental, com estirpes de vírus polio selvagem ou vacinal, exige por parte dos profissionais o cumprimento estrito de regras de manipulação, nomeadamente, as descritas nos manuais de segurança biológica internacionais⁶ e adoptados pela Organização Mundial de Saúde⁷ ou nacionais⁸ e adopção de todos os procedimentos descritos que se revelarem necessários.

Designa-se por **confinamento**, os diferentes métodos e meios de segurança biológica que são usados na manipulação e manutenção de microrganismos potencialmente infecciosas. De acordo com a classificação actual dos vírus polio, as práticas laboratoriais devem obedecer **estritamente às normas de segurança biológica para os agentes do Grupo 2 e 3, até à nova classificação destes vírus**. Contudo, dado que a Região Europeia se encontra livre de poliomielite será desejável proceder de imediato a uma actualização e reforço das condições de segurança laboratoriais.

2. **Execução de boas práticas laboratoriais** de acordo com os procedimentos de segurança laboratorial nacionais e internacionais, com especial atenção para:

- Utilização de práticas laboratoriais seguras na manipulação de produtos biológicos;
- Utilização de protecção individual descartável sempre que se executem procedimentos laboratoriais;
- A separação de soros e preparação de outros produtos biológicos é executada de acordo com todas as normas de segurança;
- Utilização de centrífugas apropriadas (rotor e centrífuga com tampa e fecho de segurança);
- Utilização de frigoríficos apropriados ao uso em laboratório;

ANEXO II

- As ampolas contendo materiais infecciosos são abertas com as precauções necessárias (em câmaras de fluxo laminar, classe II);
- Os procedimentos de desinfecção e esterilização são adequados à natureza dos produtos e agentes infecciosos manipulados no laboratório;
- Existem lavatórios e secadores para mãos e é prática corrente a lavagem de mãos entre cada procedimento e antes de sair das instalações laboratoriais;
- As batas, luvas e outras protecções de vestuário são usadas unicamente no laboratório e nunca fora do mesmo;
- Respeitam-se as normas referentes à proibição de ingestão de alimentos no laboratório;

3. As instalações correspondem, no mínimo, ao padrão de segurança laboratorial de nível 2 (BSL-2) com especial atenção para:

- O tecto, paredes e chão são constituídos por materiais aprovados para utilização em laboratório;
- Os frigoríficos e congeladores destinados ao armazenamento dos produtos biológicos e estirpes víricas encontram-se inventariados e convenientemente identificados, apresentando os símbolos internacionais de perigo biológico;
- Existe um sistema de energia eléctrica accionado automaticamente em caso de falha do sistema geral;
- Existem autoclaves, em perfeitas condições de funcionamento, localizados no mesmo edifício e que permitem a adequada esterilização dos produtos infecciosos ou potencialmente infecciosos;
- Existem câmaras de fluxo laminar em número suficiente para permitir a separação de actividades;
- As centrífugas e rotores possuem tampas e fechos de segurança e existem câmaras de fluxo laminar que permitem a preparação e separação dos produtos a centrifugar;
- São utilizados tubos e recipientes com tampa de rosca para a manipulação de produtos biológicos infecciosos e culturas;
- Todas as pessoas que trabalham ou entram nas instalações laboratoriais estão vacinadas contra a poliomielite;
- A instituição / laboratório possui um sistema de controlo interno / externo para verificar periodicamente os procedimentos e mecanismos de segurança biológica, de forma a garantir a segurança dos trabalhadores, dos equipamentos e das instalações.

ANEXO II

4. **Contenção laboratorial dos vírus polio:** a utilização de vírus polio selvagem é substituída pela utilização de vírus vacinais atenuados, antigénios inactivados ou enterovírus não-polio sempre que o seu uso possa corresponder aos requisitos das metodologias laboratoriais;

- Todos os stocks de vírus polio e de produtos potencialmente infecciosos são eliminados desde que não existam requisitos científicos ou de investigação para a sua manutenção; os stocks de vírus polio selvagem são mantidos em zonas laboratoriais separadas e de acesso condicionado e limitado;
- Se for necessário utilizar estirpes de referência de vírus polio, somente serão utilizados estirpes de vírus que são identificáveis por métodos de biologia molecular;
- Devem ser utilizados procedimentos de esterilização e/ou incineração apropriados para a eliminação de vírus polio selvagem, produtos biológicos e materiais potencialmente infecciosos.

5. O acesso de pessoas às instalações laboratoriais deverá ser condicionado e restrito.

6. Os procedimentos de segurança biológica a adoptar em todos os laboratórios segundo o tipo de actividade que desenvolvem, encontram-se descritos nas referências bibliográficas indicadas

Referências:

¹ Despacho n.º 8835/2001, (2ª série) de 28 de Fevereiro

Publicado no DR n.º 98 de 27 de Abril

Aprova o Manual de Boas Práticas Laboratoriais.

² Decreto-Lei n.º 84/97, de 16 de Abril (DR-I série A n.º 89)

Estabelece prescrições mínimas de protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos da exposição a agentes biológicos durante o trabalho.

³ Portaria n.º 405/98, de 11 de Julho (DR-I série B n.º 158)

Aprova a classificação dos agentes biológicos.

⁴ Portaria n.º 1036/98, de 15 de Dezembro (DR-I série B n.º 288)

Altera a lista dos agentes biológicos classificados para efeitos de prevenção de riscos profissionais aprovada pela portaria n.º 405/98 de 11 de Julho.

⁵ Decreto-Lei n.º 290/2001, de 16 de Novembro (DR-I série A n.º 266)

Transpõe para o ordenamento jurídico interno a Directiva n.º 98/24/CE, do Conselho, de 7 de Abril, relativa à protecção da segurança e da saúde dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes químicos no local de trabalho, e as Directivas n.º 91/322/CEE, da Comissão, de 29 de Maio e 2000/39/CE, da Comissão, de 8 de Junho, sobre os valores limite de exposição profissional a algumas substâncias químicas.

⁶ Manuais de Segurança Biológica Internacionais.

<http://www.cdc.gov/od/ohs/biosfty/bmb14/bmb14toc.htm>

⁷ Laboratory Biosafety Manual. Second edition (revised). World Health Organization. Epidemic Alert and Response. Geneva 2003 (WHO/CDS/CSR/LYO/2003.4)

⁸ Risco dos agentes biológicos: manual de prevenção. João Paulo Sousa et al. Lisboa: Instituto de Desenvolvimento e Inspecção das Condições de Trabalho (IDICT), 1999; Segurança e Saúde no Trabalho. Informação Técnica n.º 10.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
PLANO de ACÇÃO PÓS-ELIMINAÇÃO da POLIOMIELITE
Programa Nacional de Erradicação

A PREENCHER PELO LABORATÓRIO
NI NP
Produto recebido:
Data de recepção: / /

A PREENCHER PELA
AUTORIDADE DE SAÚDE
Data de recepção: / /
Data de início de investigação:
..... / /

A PREENCHER PELA DGS
N.º da declaração
Data: / /

(Conforme o motivo do inquérito devem ser escrupulosamente observados os diferentes procedimentos previstos na Circular Normativa nº 8/DSPS e respectivos anexos I e II)

INQUÉRITO POR:

- CASO SUSPEITO
- CASO “URGENTE” COM SUSPEITA DE POLIOMIELITE
- CASO PROVÁVEL DE POLIOMIELITE
- CASO POSSÍVEL DE POLIOMIELITE
- CASO CONFIRMADO CAUSADO POR VÍRUS POLIO SELVAGEM
- CASO POR OUTRO MOTIVO CONTEMPLADO NA CIRCULAR

HOSPITAL N.º do Proc.º Clínico
Serviço Sala Cama
Nome do médico

DOENTE:

Nome
Sexo Idade Data de Nascimento / / Morada

Diagnóstico Clínico

Data do internamento / / Data do início da paralisia / /

Outros casos na família ou vizinhança? Não Sim

Viagem: Não Sim de / / a / / Onde?.....

Vacina antipoliomielite oral N.º doses Data da última dose / /

Vacina antipoliomielite intramuscular ... N.º doses Data da última dose / /

Produtos enviados:

Data da colheita:

Fezes (1ª amostra)... / /

Fezes (2ª amostra)... / /

Outros (especificar)
..... / /

Dados Clínicos

Sim Não Desc.

Pródromos:

Febre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratórios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigidez na nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No início da paralisia:

Febre no início	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paralisia:			
. Ascendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Descendente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Local da paralisia flácida:

. Braço direito	<input type="checkbox"/>	. Músculos respiratórios	<input type="checkbox"/>
. Braço esquerdo	<input type="checkbox"/>	. Face	<input type="checkbox"/>
. Perna direita	<input type="checkbox"/>	. Outros nervos cranianos	<input type="checkbox"/>
. Perna esquerda	<input type="checkbox"/>		

Data/...../.....

Assinatura do médico

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Produtos a colher para isolamento de vírus

FEZES

QUANDO COLHER O mais cedo possível em relação ao início da doença	CASOS DE DOENÇA Colher 2 amostras intervaladas de 24 – 48 horas
TÉCNICA DE COLHEITA	Colher cerca de 10 g de fezes para recipiente esterilizado, de preferência descartável
CONSERVAÇÃO	Manter no frigorífico até envio para o laboratório
IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	Rotular as amostras com o nome do doente e preencher este Modelo 1 <i>Letra legível</i>
AMOSTRAS	Introduzir os recipientes com amostras de fezes dentro de saco plástico, fechar bem.
ENVIO DAS AMOSTRAS AO LABORATÓRIO	<ul style="list-style-type: none">• Proceder a embalagem apropriada ao transporte (<i>correio, avião ou por mão própria</i>), de preferência com refrigeração na época de verão.• Incluir a folha do Modelo 1 devidamente preenchida.• Assegurar que a embalagem chegue ao laboratório no prazo máximo de 48 ou 72 horas

Direcção-Geral da Saúde

Dr.^a Ana Maria Santos Silva
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Telef.: 21 843 06 02 - Telefax: 21 843 06 20

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Doutora Helena Rebelo de Andrade
Laboratório de Referência da Polio
Av.^a Padre Cruz
1600-560 Lisboa
Telef.: 21 752 64 55 - Telefax: 21 752 46 31

MINISTÉRIO DA SAÚDE
PLANO de ACÇÃO PÓS-ELIMINAÇÃO da POLIOMIELITE
Programa Nacional de Erradicação

A PREENCHER PELA
AUTORIDADE DE SAÚDE
Data de recepção: / /
Data de início de investigação:
..... / /

A PREENCHER PELO LABORATÓRIO
NI **NP**
Produto recebido:
Data de recepção: / /

A PREENCHER PELA DGS
N.º da declaração
Data: / /

(Conforme o motivo do inquérito devem ser escrupulosamente observados os diferentes procedimentos previstos na Circular Normativa nº 8/DSPS e respectivos anexos I e II)

INQUÉRITO INDIVIDUAL PARA CONTACTOS

Nome do contacto

Data de nascimento / / Sexo Morada

Data possível do contacto com o caso: / /

Vacina antipoliomielite oral..... N.º de doses Data da última dose / /

Vacina antipoliomielite intramuscular... N.º de doses Data da última dose / /

Produtos enviados:

Fezes (**uma** amostra)
Outros (especificar)

Data da colheita:

..... / /
..... / /

REFERÊNCIA DO CASO DE DOENÇA

HOSPITAL N.º Proc.º Clínico

Serviço Sala Cama

Nome do médico

DOENTE:

Nome

Sexo Idade Data de Nascimento / / Morada

Nome do responsável pelo inquérito

Funções:

Centro de Saúde de:

Data: / /

Assinatura

.....

Diagnóstico Laboratorial

Produtos a colher para isolamento de vírus

FEZES

QUANDO COLHER O mais cedo possível em relação ao contacto com o caso suspeito de PFA	<u>CONTACTO:</u> Contactos (de acordo com a Circular Normativa nº 8/DSPS) não vacinados nos últimos 30 dias com a vacina antipoliomielite oral Colher 1 (uma) só amostra
TÉCNICA DE COLHEITA	Colher cerca de 10 g de fezes para recipiente esterilizado de preferência descartável
CONSERVAÇÃO	Manter no frigorífico até envio para o laboratório
IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS	Rotular a amostra com o nome do contacto; preencher este modelo 2 <i>Letra legível</i>
ENVIO DA AMOSTRA AO LABORATÓRIO	Introduzir o recipiente com a amostra de fezes dentro de saco de plástico, fechar bem. Proceder a embalagem apropriada ao transporte (correio, avião ou por mão própria), de preferência com refrigeração na época de verão. Incluir a folha do modelo 2 devidamente preenchida. Assegurar que a amostra chegue ao laboratório no prazo máximo de 48 ou 72 horas

Observações:

.....

.....

Direcção-Geral da Saúde

Dr.^a Ana Maria Santos Silva

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 Lisboa

Telef.: 21 843 06 02 - Telefax: 21 843 06 20

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Doutora Helena Rebelo de Andrade

Laboratório de Referência da Polio

Av.^a Padre Cruz

1600-560 Lisboa

Telef.: 21 752 64 55 - Telefax: 21 752 46 31

MINISTÉRIO DA SAÚDE
PLANO de ACCÇÃO PÓS-ELIMINAÇÃO da POLIOMIELITE
Programa Nacional de Erradicação

REAVALIAÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL N.º do Proc.º Clínico
Serviço Sala Cama
Nome do médico

DOENTE:

Nome
Sexo |__| Idade Data de Nascimento / / Morada
.....

EVOLUÇÃO DO DOENTE

O doente foi observado entre os 60 - 90 dias após início da paralisia?
Sim Data://.. Não Se **Não**, porquê?
.....

PARALISIA:

Número de dias até à instalação máxima da paralisia |__|__|
A paralisia continua presente na data da reavaliação: Sim Não

Se **Sim** indique o local da paralisia:

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| . Braço direito | <input type="checkbox"/> | . Músculos respiratórios | <input type="checkbox"/> |
| . Braço esquerdo | <input type="checkbox"/> | . Face | <input type="checkbox"/> |
| . Perna direita | <input type="checkbox"/> | . Outros nervos cranianos | <input type="checkbox"/> |
| . Perna esquerda | <input type="checkbox"/> | | |

Desde a instalação máxima da paralisia até à reavaliação, houve melhoria?
Não Sim Se **Sim**, comente:
.....

ESTUDO LABORATORIAL

Punção Lombar: Não Sim Data/...../.....

N.º de células Proteinorráquia.....

Isolamento do Vírus:

Resultados	Data da resposta
Fezes 1/...../.....
Fezes 2/...../.....
LCR/...../.....

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| . Rejeitada PFA | <input type="checkbox"/> | . Guillain-Barré | <input type="checkbox"/> |
| . Rejeitada Poliomielite | <input type="checkbox"/> | . Neuropatia traumática | <input type="checkbox"/> |
| . Poliomielite confirmada | <input type="checkbox"/> | . Mielite transversa aguda | <input type="checkbox"/> |
| . Compatível com Poliomielite | <input type="checkbox"/> | . Outro | <input type="checkbox"/> |
| . Compatível com Poliomielite associada à vacina | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| . Poliomielite associada à vacina | <input type="checkbox"/> | . Desconhecido | <input type="checkbox"/> |

Data do diagnóstico definitivo:/...../.....

Óbito: Sim Não Ignorado

Data:/...../..... Causa:

Observações:

Nome do médico:

Data:/...../.....

Assinatura

Direcção-Geral da Saúde

Dr.ª Ana Maria Santos Silva
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Telef.: 21 843 06 02 - Telefax: 21 843 06 20

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Doutora Helena Rebelo de Andrade
Laboratório da Polio
Av.ª Padre Cruz
1600-560 Lisboa
Telef.: 21 752 64 55 - Telefax: 21 752 46 31

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO de ACÇÃO PÓS-ELIMINAÇÃO da POLIOMIELITE - Programa Nacional de Erradicação

Modelo 4

REGISTO MENSAL DE TODOS OS CASOS DE PFA OU SUSPEITA DE POLIOMIELITE

(De acordo com a Circular Normativa nº 8/DSPS)

Hospital

Mês/Ano/.....

Nome do doente	Sexo (M/F)	Data de nascimento (dd/mm/aa)	Serviço de internamento	Data de internamento (dd/mm/aa)	Nº do processo de internamento	Diagnóstico clínico

Enviar, na 1ª semana do mês seguinte, ao Adjunto do Delegado Regional de Saúde a que pertence o hospital, INCLUINDO O REGISTO DE ZERO CASOS DIAGNOSTICADOS

Data / /

Responsável