Ministerio del Poder Popular para la SALUD
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

SUISPAI 14 (Versión 2025)

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

ENFERMEDAD: PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA (MB5Z)

DEFINICIÓN DE CASO:
Se define como sospechoso a toda persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda por cualquier razón, excepto trauma grave reciente.

1) Datos Institución

1.1 Número del caso		1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /
1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del ASIC	/ /
1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /				
1.8 Establecimiento		1.9 ASIC		1.10 Parroquia	
1.11 Municipio					
1.12 Estado		1.13 Fuente del informe	Público ☐ Privado ☐ Laboratorio ☐ Comunidad ☐ Búsqueda activa ☐ Otro ☐		

2) Datos del Paciente

2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre
2.5 C.I / pasaporte V ☐ E ☐	2.6 Nacionalidad	2.7 Fecha de nacimiento / /	2.8 Edad / 2.9 Sexo M ☐ F ☐
2.10 Etnia	2.11 Nivel educativo I ☐ S ☐ TSU / U ☐ P ☐ TM ☐ EE ☐	2.12 Años aprobados	2.13 Situación conyugal S ☐ U ☐ D ☐ C ☐ Se ☐ V ☐
2.14 Profesión	2.15 Ocupación	2.16 Latitud	2.17 Longitud

3) Datos de Residencia

Dirección de Habitación (residencia):	3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia
3.4 Localidad de residencia			
3.5 Urb./sector/ zona Industrial	3.6 Av./carrera/ calle/esquina/vereda	3.7 Casa/edif./ quinta/galpón	3.8 Piso/ planta/local
3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)	3.11 Punto de referencia	
3.12 Lugar donde el paciente enfermó	3.13 Nombre de la Madre	3.14 Nombre del Padre	

4) Cuadro Clínico

4.1 Fecha de inicio de síntomas generales	/ /	4.2 Síntomas	Tos ☐ Fiebre ☐ Estreñimiento ☐ Vómitos ☐ Diarrea ☐ Dolores musculares ☐ Cefalea ☐		
4.3 Fiebre al inicio de la parálisis	Sí ☐ No ☐	4.4 Fecha de inicio de deficiencia motora	/ /	4.5 Nº de días con parálisis	4.6 Progresión de la parálisis Ascendente ☐ Proximal ☐ Descendente ☐ Distal ☐
4.7 Signos	Paresia ☐ Pares craneales ☐ Flacidez ☐ Súbita ☐ Asimetría ☐ Sensibilidad ☐ Parestesia ☐ Babinski ☐				4.8 Localización MSI ☐ MII ☐ MUSC. Cervical ☐ MSD ☐ MID ☐ MUSC. Respiratorio ☐
4.9 Fecha de Examen físico	/ /	4.10 Dx. Inicial			

4.11 Fuerza muscular	***DIM***	***AUS***	***NOR***
M. superior izquierdo			
M. superior derecho			
M. inferior izquierdo			
M. inferior derecho			

4.12 Tono muscular	***DIM***	***AUS***	***NOR***
M. superior izquierdo			
M. superior derecho			
M. inferior izquierdo			
M. inferior derecho			
Músculos cervicales			

4.13 Reflejos osteo tend.	***DIM***	***AUS***	***NOR***
M. superior izquierdo			
M. superior derecho			
M. inferior izquierdo			
M. inferior derecho			

4.14 Irritación Meníngea	***AUS***	***PRES***
Rigidez de nuca		
Keming		
Brundzinski		
Lasegue		

5) Hospitalización

5.1 Fecha de hospitalización	/ /	5.2 Hospital	5.3 N° Historia clínica
5.4 Tiempo de la enfermedad al momento de la hospitalización	5.5 Tiempo que tardó su traslado desde su domicilio al hospital	5.6 Diagnóstico de ingreso	
Evolución:	5.7 Recuperado Sí ☐ No ☐	5.8 Diagnóstico de egreso	
5.9 Fecha de alta	/ /	5.10 Fallecido Sí ☐ No ☐	5.11 Fecha de fallecimiento / /
5.12 Causa			
5.13 Necropsia Sí ☐ No ☐	5.14 Fecha de necropsia / /	5.15 Diagnóstico macroscópico	

6) DI

Diagnóstico inicial (DI)	6.1 Dx	6.2 Fecha	/ /

7) Vacunación

7.1 Vacunado Sí ☐ No ☐ Ignorado ☐	7.2 En que establecimiento de salud fue vacunado		
7.3 Nº de dosis recibidas	7.4 Fecha de última dosis / /	7.5 Nº de lote	7.6 Fuente de información Carné ☐ Libro de registro ☐ Sticker ☐ Verbal ☐

8) F. P. de infección

8.1 Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora Si ☐ No ☐	8.2 ¿A dónde?
8.3 Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora Si ☐ No ☐	8.4 ¿De dónde?
8.5 Existen otros casos semejantes en el área Si ☐ No ☐ No sabe ☐	

9) Contactos menores de 5 a

Nº	9.1 Apellidos y nombres	9.2 Edad	9.3 Numero de dosis recibidas	9.4 Fecha ultima dosis	9.5 Fecha colecta heces	9.6 Fecha envío	97 Fecha resultado	9.8 Resultado aislamiento
1				/ /	/ /	/ /	/ /	
2				/ /	/ /	/ /	/ /	
3				/ /	/ /	/ /	/ /	
4				/ /	/ /	/ /	/ /	
5				/ /	/ /	/ /	/ /	

10) Datos de laboratorio

10.1 Muestra	10.2 Fecha de obtención	10.3 Fecha de envío a INH	10.4 Fecha de resultado INH	10.5 Agente aislado
Heces 1	/ /	/ /	/ /	
Heces 2	/ /	/ /	/ /	

10.6 Envío a otro laboratorio Si ☐ No ☐	10.7 Fecha de envío / /	10.8 Nombre del laboratorio	
10.9 Fecha de resultado / /	10.10 Agente aislado		

11) Seguimiento del caso

11.1 Evaluación del trofismo Fecha de evaluación / /

	Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
11.2 Fuerza muscular	M. superior izquierdo				
	M. superior derecho				
	M. inferior izquierdo				
	M. inferior izquierdo				
	Cara				
11.3 Tono muscular	M. superior izquierdo				
	M. superior derecho				
	M. inferior izquierdo				
	M. inferior izquierdo				
	Cara				
11.4 Atrofia	M. superior izquierdo				
	M. superior derecho				
	M. inferior izquierdo				
	M. inferior izquierdo				
	Cervicales				
	Sensibilidad				

11.5 Evaluación de reflejos Fecha de evaluación / /

Segmento corporal	30 días	60 días	90 días	180 días
M. superior izquierdo				
M. superior derecho				
M. inferior izquierdo				
M. inferior derecho				
Babinski				
Músculos respiratorios				

12) Electro

Electromiografía	12.1 Realizado por:	12.2 Fecha	/ /
12.3 Conclusión			

13) Secuelas

13.1 Fecha programada / /	13.2 Fecha en que se realizo / /	13.3 Tipo de secuela	Ausente ☐ Media ☐ Mínima ☐ Grave ☐
13.4 Localización	MSI ☐ MII ☐ MSD ☐ MID ☐	MUSC. Cervical ☐ MUSC. Respiratorio ☐	Cara ☐

14)

Clasificación Final	14.1 Clasificación	Confirmado ☐ Descartado ☐ Compatible ☐ Vacunal ☐	14.2 Especificar	14.3 Fecha / /

15) Responsable

15.1 Nombre		15.2 Cargo
15.3 Teléfono domicilio	15.4 Teléfono trabajo	15.5 Email institucional
15.6 Email personal		15.7 Firma

Ministerio del Poder Popular para la SALUD
VENEZUELA

SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA
FICHA DE INVESTIGACIÓN

Instructivo de llenado de la ficha de investigación de Parálisis Flácida Aguda

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente, con letra legible y en molde.
- Debe aportar solo datos fidedignos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA.

1. Datos Institución:

1.1. Número de caso: escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
1.2. Fecha de conocimiento local: escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
1.3. Fecha de investigación: escriba la fecha en que se comenzó e realizar la investigación del caso.
1.4. Fecha de elaboración de la ficha: escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
1.5. Fecha de notificación del establecimiento de salud: escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel del ASIC.
1.6. Fecha de notificación del ASIC: escriba la fecha en la que el Área de Salud Integral Comunitaria notificó al nivel regional.
1.7. Fecha de notificación de epidemiología regional: escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
1.8. Establecimiento: escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
1.9. ASIC: escriba el nombre del Área de Salud Integral Comunitaria en la que está ubicado el establecimiento.
1.10. Parroquia: escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
1.11. Municipio: escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
1.12. Estado: escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
1.13. Fuente del informe: marque en el cuadro correspondiente la fuente de donde se notifica el caso.

2. Datos del Paciente:

2.1. Primer apellido: escriba el primer apellido del paciente.
2.2. Segundo apellido: escriba el segundo apellido del paciente.
2.3. Primer nombre: escriba el primer nombre del paciente.
2.4. Segundo nombre: escriba el segundo nombre del paciente.
2.5. CI/Pasaporte: indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
2.6. Nacionalidad: escriba la nacionalidad del paciente.
2.7. Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento del paciente.
2.8. Edad: escriba la edad del paciente.
2.9. Sexo: indique el sexo del paciente.
2.10. Etnia: si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
2.11. Nivel educativo: marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/ U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
2.12. Años aprobados: si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el numero de años aprobados.
2.13. Situación conyugal: marque en el cuadro correspondiente la *situación conyugal* según sea el caso (*S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???*).
2.14. Profesión: escriba la profesión del paciente
2.15. Ocupación: escriba la ocupación del paciente.
2.16. Latitud: escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
2.17. Longitud: escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

3. Datos de Residencia:

3.1. Entidad de residencia: escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
3.2. Municipio de residencia: escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
3.3. Parroquia de residencia: escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
3.4. Localidad de residencia: escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
3.5. Urb/Sector/Zona industrial: escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
3.6. Av/Carrera/Calle/Esquina/Vereda: escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
3.7. Casa/Edif./Quinta/Galpón: escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
3.8. Piso/Planta/Local: escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
3.9. Teléfono de habitación: escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
3.10. Teléfono celular: escriba el número telefónico celular del paciente.
3.11. Punto de referencia: escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
3.12. Lugar donde el paciente enfermó: escriba el lugar donde se sospecha que el paciente enfermo.
3.13. Nombre de la madre: escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
3.14. Nombre del padre: escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).

4. Cuadro Clínico:

4.1. Fecha de inicio de los síntomas: escriba en que fecha iniciaron los síntomas.
4.2. Síntomas: marque en el cuadro correspondiente los síntomas presentados por el paciente.
4.3. Fiebre al inicio de la parálisis: indique si el paciente presento fiebre al inicio de la parálisis.
4.4. Fecha de inicio de la deficiencia motora: escriba la fecha en que inicio la deficiencia.
4.5. Nº de días con parálisis: indique el numero de días con la parálisis.
4.6. Progresión de la parálisis: marque en el cuadro correspondiente la progresión que sigue la parálisis.
4.7. Signos: marque en el cuadro correspondiente los signos presentados en el paciente .
4.8. Localización: marque en el cuadro correspondiente la localización de la deficiencia.
4.9. Fecha del examen físico: escriba la fecha en que se realiza el examen físico.
4.10. Dx inicial: Escriba el diagnóstico inicial del paciente.
4.11. Fuerza muscular: escriba en los cuadros correspondientes los resultados de la evaluación.
4.12. Tono muscular: escriba en los cuadros correspondientes los resultados de la evaluación.
4.13. Reflejos osteotendinosos: escriba en los cuadros correspondientes los resultados de la evaluación.
4.14. Irritación meningea: escriba en los cuadros correspondientes los resultados de la evaluación.

5. Hospitalización:

5.1. Fecha de hospitalización: escriba la fecha en que el paciente es hospitalizado.
5.2. Hospital: escriba el nombre del hospital donde se detecta el caso.
5.3. Nº Historia clínica: escriba el numero de historia clínica del paciente en el hospital.
5.4. Tiempo de la enfermedad al momento de la hospitalización: indique el tiempo transcurrido desde que iniciaron los síntomas hasta el momento de la hospitalización.
5.5. Tempo que tardo su traslado desde el domicilio al hospital: indique el tiempo tomado desde la caso al hospital.
5.6. Diagnostico de ingreso: escriba el diagnóstico con el que es ingresado el paciente.
5.7. Recuperado: marque en el cuadro correspondiente si el paciente se ha recuperado.
5.8. Diagnostico de egreso: escriba el diagnostico del paciente al ser dado de alta.
5.9. Fecha de alta: escriba la fecha en que el paciente fue dado de alta.
5.10. Fallecido: marque en el cuadro correspondiente si el paciente falleció.
5.11. Fecha de fallecimiento: escriba la fecha en la que el paciente falleció.
5.12. Causa: describa la causa del fallecimiento.
5.13. Necropsia: marque en el cuadro correspondiente si se ha realizado necropsia.
5.14. Fecha de necropsia: escriba la fecha en que se realizo la necropsia.
5.15. Diagnóstico macroscópico: escriba cual fue el diagnóstico macroscópico de la necropsia realizada.

6. Diagnóstico Inicial:

6.1. Dx: describa el diagnóstico inicial con el cual se ingresa al paciente.
6.2. Fecha: escriba la fecha en la que se da el diagnóstico.

7. Vacunación:

7.1. Vacunado: marque en el cuadro correspondiente si el paciente fue vacunado o no.
7.2. En que establecimiento de salud fue vacunado: escriba en que establecimiento le fue administrada la vacuna.
7.3. Nº de dosis recibidas: indique el número de dosis administradas al paciente.
7.4. Fecha de ultima dosis: escriba la fecha de la ultima dosis.
7.5. Nº de lote: escriba el número de lote al que pertenece la vacuna.
7.6. Fuente de información: marque en el cuadro correspondiente la fuente de la información.

8. Fuente Probable de Infección:

8.1. Viajes realizados en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora: marque en el cuadro correspondiente si el paciente ha realizado algún viaje recientemente.
8.2. ¿a donde?: indique a donde realizo el viaje.
8.3. Visitas recibidas en los 30 días antes del inicio de la deficiencia motora: marque en el cuadro correspondiente si el paciente ha recibido algún visitante recientemente.
8.4. ¿de donde?: indique de donde provenía el visitante.
8.5. Existen otros casos semejantes en el área: marque en el cuadro correspondiente si ha habido otros casos en el área de donde proviene el paciente.

9. Contactos Menores de 5 años:

9.1. Apellidos y nombres: escriba el primer apellido y el primer nombre del contacto.
9.2. Edad: indique la edad del contacto.
9.3. Numero de dosis recibidas: indique el nmero de dosis recibidas.
9.4. Fecha de última dosis: escriba la fecha en la que recibió la última dosis.
9.5. Fecha de colecta de heces: escriba la fecha en la que se le tomo muestra de heces.
9.6. Fecha de envío: escriba la fecha en que se envía la muestra de heces al laboratorio..
9.7. Fecha resultado: escriba la fecha de resultado del aislamiento.
9.8. Resultado aislamiento: indique el resultado del aislamiento.

10. Datos de Laboratorio:

10.1. Muestra de heces; escriba el número de muestras de heces.
10.2. Fecha de obtención: escriba la fecha en la que se obtiene la muestra.
10.3. Fecha de envío al INH: escriba la fecha en la que se envía la muestra al INH.
10.4. Fecha de resultado de INH: escriba la fecha en el que el INH reporta el resultado.
10.5. Agente aislado: escriba cual agente fue aislado.
10.6. Envío a otro laboratorio: marque en el cuadro correspondiente si la muestra se ha enviado a otro laboratorio.
10.7. Fecha de envío: escriba la fecha de envío de la muestra al otro laboratorio.
10.8. Nombre del laboratorio: escriba el nombre del laboratorio.
10.9. Fecha de resultado: escriba la fecha el la que el laboratorio reporta el resultado.
10.10. Agente aislado: escriba cual fue el agente aislado.

11. Seguimiento del caso:

11.1. Evaluacion del trofismo: escriba la fecha en la que se realiza la evaluación.
11.2. Fuerza muscular: indique en los recuadros correspondientes los datos de los resultados de la evaluación.
11.3. Tono muscular: indique en los recuadros correspondientes los datos de los resultados de la evaluación.
11.4. Atrofia: indique en los recuadros correspondientes los datos de los resultados de la evaluación.
11.5. Evaluación de reflejos: escriba la fecha en la que se realiza la evaluación y los resultados de la misma.

12. Electromiografía:

12.1. Realizado por: escriba el nombre del técnico que realiza la electromiografía.
12.2. Fecha: escriba la fecha en que se realiza la electromiografía.
12.3. Conclusión: describa el resultado de la evaluación.

13. Secuelas:

13.1. Fecha programada: escriba la fecha para la que se programo la evaluación de secuelas.
13.2. Fecha en que se realizo: escriba la fecha en la que realizó la evaluación de secuelas.

13.3.Tipo de secuela: marque en el cuadro correspondiente el tipo de secuela encontrado.
13.4.Localización: marque en el cuadro correspondiente la localización de la deficiencia.

14. Clasificación Final:

14.1.Clasificación: marque en el cuadro correspondiente la clasificación final del caso.
14.2.Especificar: en caso de haber otra clasificación especifíquela.
14.3.Fecha: escriba la fecha en la que se hace la clasificación.

15. Responsable:

15.1.Nombre: escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
15.2.Cargo: escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
15.3.Teléfono domicilio: indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
15.4.Teléfono trabajo: indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
15.5.Email institucional: escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
15.6.Email personal: escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
*15.7.*Firma: el responsable de la investigación debe colocar su firma.