



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	Nº DA NOTIFICAÇÃO: _____ (ou anexar cópia da Notificação) (RES.SES/MG Nº 6.532/2018)
3	Evolução clínica da doença (incluir data de início e descrição dos sintomas. Atenção: a descrição deve ser a mais detalhada possível, uma vez que o diagnóstico da SGB é primariamente clínico): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/_____
5	TRATAMENTOS PRÉVIOS: 5.1 Paciente já utilizou Imunoglobulina para SGB? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se SIM, relatar data de início e término do tratamento: _____ _____ _____ _____
	5.2 Relatar demais tratamentos prévios: _____ _____ _____
6	DOENÇA AGUDA PRECEDENTE OU FATOR PRECIPITANTE? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, relatar: _____ _____ _____



7	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO:	
	a) Fraqueza progressiva de mais de um membro ou de músculos cranianos de graus variáveis, desde paresia até plegia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	b) Hiporreflexia e arreflexia distal com graus variáveis de hiporreflexia proximal	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	c) Progressão dos sintomas inferior a quatro semanas	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	d) Demonstração de relativa simetria da paresia de membros	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	e) Sinais sensitivos leves a moderados	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	f) Envolvimento de nervos cranianos, especialmente fraqueza bilateral dos músculos faciais	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	g) Dor	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	h) Disfunção autonômica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	i) Ausência de febre no início do quadro	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	j) Fraqueza assimétrica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	k) Disfunção intestinal e de bexiga no início do quadro	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	l) Ausência de resolução de sintomas intestinais ou urinários	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	m) Presença de +50 células/mm ³	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	n) Células polimorfonucleares no líquido cefalorraquidiano	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	o) Nível sensitivo bem demarcado	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	p) História de exposição a hexacarbono, presente em solventes, tintas, pesticidas ou metais pesados	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	q) Achados sugestivos de metabolismo anormal da porfirina	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	r) História recente de difteria	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	s) Suspeita clínica de intoxicação por chumbo (ou outros metais pesados)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	t) Síndrome sensitiva pura (ausência de sinais motores)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	u) Diagnóstico de botulismo, miastenia gravis, poliomielite, neuropatia tóxica, paralisia conversiva	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/>	
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico	