



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: <table border="1"><tr><td>a) Fraqueza progressiva de mais de um membro ou de músculos cranianos de graus variáveis, desde paresia até plegia</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>b) Hiporreflexia e arreflexia distal com graus variáveis de hiporreflexia proximal</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>c) Progressão dos sintomas inferior a quatro semanas</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>d) Demonstração de relativa simetria da paresia de membros</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>e) Sinais sensitivos leves a moderados</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>f) Envolvimento de nervos cranianos, especialmente fraqueza bilateral dos músculos faciais</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>g) Dor</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>h) Disfunção autonômica</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>i) Ausência de febre no início do quadro</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>j) Fraqueza assimétrica</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>k) Disfunção intestinal e de bexiga no início do quadro</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>l) Ausência de resolução de sintomas intestinais ou urinários</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>m) Presença de +50 células/mm³</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>n) Células polimorfonucleares no líquido cefalorraquidiano</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>o) Nível sensitivo bem demarcado</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>p) História de exposição a hexacarbono, presente em solventes, tintas, pesticidas ou metais pesados</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>q) Achados sugestivos de metabolismo anormal da porfirina</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>r) História recente de difteria</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>s) Suspeita clínica de intoxicação por chumbo (ou outros metais pesados)</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>t) Síndrome sensitiva pura (ausência de sinais motores)</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>u) Diagnóstico de botulismo, miastenia gravis, poliomielite, neuropatia tóxica, paralisia conversiva</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	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"/>
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: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																																										