



Lab de Salud Pública, Departamento de Salud de Puerto Rico, Edificio A – 2do Piso, Area de Centro Médico, San Juan, PR 00926; GBS@salud.pr.gov; Tel: (787) 692-2776; Fax: (787) 706-2496

**Información mínima requerida
(Secciones I-VI)**

Complete las secciones I-VI e Informe lo antes posible.

I. Datos del Paciente	Nombre del Paciente _____		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	Apellidos _____	Nombre _____	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año
Si el paciente es un menor, nombre del padre o encargado: _____		Apellidos _____	Nombre _____ País de Nacimiento:.....

II. Dirección Física	III. Proveedor que informó este caso
Municipio: _____	Nombre del Proveedor: _____
Código Postal: _____ - _____	Tel: _____ Fax: _____ NPI: _____
Tel: _____ Otro Tel: _____	Nombre del Hospital y Dirección Postal: _____

IV. Presentación Actual	
Comienzo de síntomas neurológicos: ____/____/____ Día Mes Año	Debilidad bilateral & flácida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
1ra atención médica solicitada: ____/____/____ Día Mes Año	Reflejos disminuidos/ausentes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
Fecha de colección de muestra: ____/____/____ Día Mes Año	Episodios previos de GBS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Disautonomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Oftalmoparesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Ataxia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Debilidad facial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Disfagia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Disartría <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Embarazada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
	Si la respuesta es Sí, semana de gestación:

V. Condición/estado durante los últimos 2 meses		VI. Historial Médico	
Comienzo de la enfermedad previa mas reciente: ____/____/____ Día Mes Año	Sí No NS	Metales pesados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	HTA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
Sarpullido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Alcohol-no étílico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	DM <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
Conjuntivitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Naúseas/vómitos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Quimioterapia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
Artralgia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Diarrea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Viaje internacional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Cáncer* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS
Tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Fiebre <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS		*durante los últimos 6 meses
Congestión nasal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS	Vacunación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS		Si la respuesta es Sí, órgano primario:
	Si su respuesta es Sí, qué tipo:	Si su respuesta es Sí, a dónde:	

VII. Datos Adicionales		Complete si los datos están disponibles.	
Líquido cefalorraquídeo	Proteínas (mg/dl) _____	Estudios electrofisiológicos	Imágenes
____/____/____ Día Mes Año	Glucosa (mg/dl) _____	____/____/____ Día Mes Año	Cerebro ____/____/____ Da Mes Año
WBC (cells/cc) _____	Índice de IgG _____	AIDP <input type="checkbox"/> AMSAN <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
RBC (cells/cc) _____	Bandas oligoclonales _____	AMAN <input type="checkbox"/> No excitable <input type="checkbox"/>	Describe:
Glucosa en sangre (mg/dl) _____	Síntesis de IgG _____	Otro <input type="checkbox"/> No es GBS <input type="checkbox"/>	Columna vertebral
		Normal <input type="checkbox"/> Cuestiones técnicas <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal (No GBS) <input type="checkbox"/>
			Consistente con GBS <input type="checkbox"/>
			Describe:

VIII. Tratamientos (fecha de inicio)		IX. Resultado	
Esteroides <input type="checkbox"/>	Ventilación mecánica <input type="checkbox"/>	Hospitalizado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resultado:
____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	Nadir	Casa <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/>
IVIG <input type="checkbox"/>	Intercambio de plasma <input type="checkbox"/>	____/____/____ Día Mes Año	Rehabilitación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
____/____/____ Día Mes Año	____/____/____ Día Mes Año	Fecha de alta o muerte	Escala de discapacidad de Hughes (0-6)
		____/____/____ Día Mes Año Nadir Alta

X. Para uso del laboratorio			
Número de caso	Número de muestra	Días después de comienzo de los síntomas	Tipo
____	____	____	____
SAN ID	GCODE	S1	____/____/____
____	____	S2	____/____/____
		S3	____/____/____
		S4	____/____/____

Instrucciones para completar el Informe de Investigación del Síndrome de Guillain-Barré (GBS)

El proveedor de salud (neurólogo/fisiatra) completará el formulario para reportar la vigilancia del GBS en letra de molde y solicitará la prueba de laboratorio: **serología para arbovirus (dengue, chikungunya y Zika)**. El laboratorio enviará el formulario completado y la muestra de suero siguiendo los procedimientos vigentes para las pruebas del dengue. Las muestras adicionales (e.g., orina, saliva, y líquido cefalorraquídeo) pueden enviarse conjuntamente con el formulario y la muestra de suero.

Complete las Secciones I-VI y reporte el caso lo antes posible.

• Sección I, II y III:

El nombre completo y la información del paciente es esencial ya que muchas personas tienen nombres y datos similares. Complete según las indicaciones.

• Sección IV:

Inicio de los síntomas: comienzo de las manifestaciones neurológicas no incluyendo síntomas previos.

Primera atención médica solicitada: para las manifestaciones neurológicas no las condiciones previas, informe la primera cita con su proveedor de servicios de salud (hospitalización o servicio ambulatorio).

Diagnóstico del GBS: fecha del diagnóstico del GBS, según lo indicó el neurólogo o fisiatra.

Signos y síntomas: Marque todas las manifestaciones que se detecten hasta la fecha de envío del informe del caso (presentes en cualquier momento durante el transcurso de la enfermedad).

• Sección V, VI:

Comienzo de la enfermedad previa más reciente: Fecha del comienzo de síntomas de la enfermedad previa más reciente en los dos meses anteriores. **Por favor** marque todos los síntomas/condiciones previas que presentó en cualquier momento durante los dos meses anteriores al comienzo del GBS.

Incluya cualquier información disponible en el momento del envío del informe, pero no retrase la entrega del informe con tal de completar todas las secciones de la VII a la IX. Si es posible, haga una copia de este formulario, llene la información adicional y envíelo cuando se le dé el alta al paciente. Las siguientes muestras de suero se pueden analizar usando la serología para arbovirus y un formulario completamente actualizado.

• Sección VII:

Fecha de la muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR): señale la fecha de la punción lumbar con los resultados del LCR utilizados para el diagnóstico del GBS.

Estudios electrofisiológicos: indique la fecha del estudio utilizado para el diagnóstico del GBS.

AIDP: Polineuropatía aguda inflamatoria desmielinizante

AMAN: Neuropatía aguda axonal motora

AMSAN: Neuropatía axonal aguda sensitivo-motora

No excitable: Nervios eléctricamente no excitables

Otros: otros hallazgos probablemente asociados al GBS

No GBS: Hallazgos anormales, pero que no están asociados al GBS

Normal: sólo los hallazgos que sean totalmente normales

Cuestiones técnicas: Estudio realizado, pero cuestiones técnicas impiden la interpretación de los resultados.

Imágenes: Señale la fecha del hallazgo en la imagen más importante del cerebro y/o la columna vertebral. Para las imágenes cerebrales, marque si los hallazgos son normales o anormales. Para la columna vertebral, señale si es normal; anormal, pero no es el GBS; o anormal y consistente con el GBS.

• Sección VIII:

Indique las fechas de inicio de tratamientos específicos (IVIG: Inmunoglobulina intravenosa).

• Sección IX:

Señale si el paciente fue hospitalizado por el GBS, la fecha de nadir (nadir = el punto de déficit/debilidad neurológica más severo) y el resultado (como se documenta, antes de los 3 meses del inicio del GBS).

Escala de discapacidad de Hughes:

0 = Sano; 1 = Síntomas leves y capaz de correr; 2 = Capaz de caminar 10 m o más sin ayuda, pero no puede correr; 3 = Capaz de caminar 10 m en un espacio abierto sólo con ayuda; 4 = Postrado en cama o silla; 5 = Requiere respiración asistida durante una parte del día; 6 = Muerto.