

**NOTIFICACIÓN DE CASO DE BOTULISMO**

**1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido y nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F DNI: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual: \_\_\_\_\_ Tel. propio o del vecino/a: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Urbano  Rural Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**2. DATOS CLÍNICOS**

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fecha de internación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Uso de asistencia respiratoria mecánica:  Si  No

**Indicar síntomas y/o signos encontrados en el paciente antes de la administración de antitoxina**

Síntomas	Si	No	No sabe		Si	No	No sabe
Dolor abdominal				Edema de lengua			
Náuseas				Voz gangosa			
Vómitos				Ronquera			
Diarrea				Boca seca			
Constipación				Disfagia			
Visión Borrosa				Dificultad para respirar			
Diplopía				Hipotonía			
Vértigo				Fatiga			
Dificultad en el habla				Parestesias			

Signos	Si	No	No sabe	Bilateral
Confusión				
Parálisis ocular externa				
Ptoxis palpebral				
Midriasis				
Miosis				
Reactividad pupilar normal				
Parálisis de velo del paladar				
Hiporreflexia				
Trimus				
Heridas				

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

En caso de heridas, describir: \_\_\_\_\_

**Pareias o parálisis**

Extremidades superiores	Si	No	No sabe	
Proximal				
Distal				
Extremidades inferiores				
Proximal				
Distal				
Ascendente (1)				
Descendente (2)				

Descripción de paresias o parálisis: \_\_\_\_\_

(1) Comenzó en la zona distal de extremidades inferiores, progresó a las superiores y luego a los nervios craneales.

(2) Comenzó en los nervios craneales, progresó a las extremidades superiores y luego a las inferiores.

Condición de alta:  Curado

Derivado

Fallecido

## NOTIFICACIÓN DE CASO DE BOTULISMO

### 4. EXÁMENES DE LABORATORIO

Muestras remitidas para diagnóstico:

Restos de alimentos    Material de herida    Suero    Heces    Lavado gástrico

Muestras positivas:

Restos de alimentos    Material de herida    Suero    Heces    Lavado gástrico

LCR: Recuento de blancos: \_\_\_\_\_ Fórmula: \_\_\_\_\_

Proteínas: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_

Test de tensión (Clorhidrato de edrofonio): \_\_\_\_\_

Electromiograma (Resultado): \_\_\_\_\_

Grupos musculares estudiados: \_\_\_\_\_

Tipo de Toxina:  A    B    E

Demora de informe:  Menos de 24 horas    24 horas o más    Sin informe

Empleo de antitoxina:  Si    No

Demora en su administración:  Menos de 24 horas    24 a 48 horas    48 horas o más

### 5. TIPO DE BOTULISMO

#### Alimentario

Alimento sospechoso:

Fabricación:  Industrial    Casera   Fecha de ingesta del alimento sospechoso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Del lactante

De 2 a 12 días antes del inicio de los síntomas, consumió:  Miel    Infusiones

¿Hubo reparaciones o remodelaciones en el domicilio?  Si    No

¿Se hizo limpieza de alfombras en el domicilio?  Si    No

#### Por heridas

De 4 a 14 días antes del inicio de los síntomas, ¿sufrió alguna herida?:  Si    No

Tipo de herida:  Quirúrgica    Accidental    ¿Es drogadicto intravenoso?

#### Otro

Inhalación    Intestinal

### 6. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y apellido de profesional notificante: \_\_\_\_\_

Establecimiento notificante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma y sello del médico/a: \_\_\_\_\_