



## ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO

### DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
Declarante: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Punto de declaración \_\_\_\_\_

### ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: \_\_\_\_\_ ÁREA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: \_\_\_\_\_ Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
SIP: \_\_\_\_\_ Historia Clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años meses [ ] días [ ] Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa (Colegio): \_\_\_\_\_  
Sección (curso/aula): \_\_\_\_\_ Dirección empresa (Colegio) \_\_\_\_\_  
Municipio (empresa/colegio): \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Paciente extranjero: Sí [ ] Año llegada \_\_\_\_\_ Fecha llegada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ País nacimiento \_\_\_\_\_  
No [ ]  
Observaciones: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Forma clínica: Botulismo alimentario [ ] Botulismo por heridas [ ]  
Botulismo del lactante [ ] Desconocida [ ]

Descripción clínica (en caso de botulismo del lactante, especificar en otros síntomas)

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Ptosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis flácida descendente y simétrica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros síntomas: (Citar): \_\_\_\_\_

Complicaciones: Sí [ ] No [ ] (Citar): \_\_\_\_\_ Desconocido [ ]

Ingreso en hospital: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de hospitalización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de alta hospitalaria: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Centro \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_

Tratamiento: Administración de antitoxina botulínica: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar \_\_\_\_\_  
Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Otra [ ] Especificar \_\_\_\_\_ Desconocida [ ]

**DATOS LABORATORIO**

Investigación de toxina botulínica:

	Positivo	Negativo	No Realizado	Pendiente	Dudoso/Indet.	Desconocido	Fecha	Toxina
Suero	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/___/___	_____
Heces	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/___/___	_____
Alimento	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/___/___	_____

Aislamiento de *C. Botulinum*:  
 Herida Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]  
 Heces Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Otras técnicas: (especificar técnica, resultado y fecha): \_\_\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

CASO: Pertenece a BROTE [ ] Caso aislado [ ] Agregación [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE CASO: Autóctono [ ] Importado [ ] País \_\_\_\_\_

Extracomunitario [ ] C. Autónoma \_\_\_\_\_ Pendiente [ ] Desconocido [ ]

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [ ] Confirmado [ ] Error Diagnóstico [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

(En caso de botulismo alimentario reflejar alimentos consumidos en las últimas 72 horas; en caso de botulismo de lactante preguntar por fuentes de exposición posibles).

Alimento	Procedencia (casero, industrial) (especificar marca y lote)	Lugar de consumo
	Casero [ ] Industrial [ ] (en caso afirmativo): Marca/Razón Social: Lote:	
	Casero [ ] Industrial [ ] (en caso afirmativo): Marca/Razón Social: Lote:	
	Casero [ ] Industrial [ ] (en caso afirmativo): Marca/Razón Social: Lote:	
	Casero [ ] Industrial [ ] (en caso afirmativo): Marca/Razón Social: Lote:	

(En caso de botulismo por herida reflejar antecedentes de la misma): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_