



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: _____