

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA

BOTULISMO (todos los tipos)

Año. Provincia..... Departamento.....

Datos particulares:

Apellido y nombre D.N.I:.....

Relación con casos:.....

Fecha de nacimiento /..... /..... Edad en años – meses Sexo F () M ()

Domicilio..... Localidad.....

Establecimiento de internación:

Fecha inicio de síntomas/...../..... Fecha consulta/...../..... Fecha internación/...../.....

Uso de ARM (marcar) Si () - No () Condición de alta (marcar): Curado () Derivado () Fallecido ()

Tipo Botulismo (marcar): Alimentario () - Lactante () - Herida () – Otros ()

Muestras remitidas para diagnostico (colocar SI a las muestras remitidas):

Resto alimentario () - Material de Herida () - Suero () - Heces () - Lavado Gástrico ()

Muestras positivas: (colocar SI a las muestras positivas)

Resto alimentario () Material de Herida () – Suero () - Heces () - Lavado Gástrico ()

Informe Laboratorio:

Tipo de toxina (A, B, E) Demora del informe (Sin Informe, <24 hs. 24y+):.....

Empleo de antitoxina (Si / No) Demora en administrarla (<24 hs. 24 a 48, 48y+):.....

a) Alimentario Alimento sospechoso:

Industrial: Si () No () Casero: Si () No () Fecha ingestión alimento sospechoso: /..... /.....

b) Lactante

De 2 a 12 días antes de síntomas: 1.- Consumió? (marcar): miel () – infusiones ()

2.- Reparación o remodelación en domicilio? Si () No () 3.- Limpieza de alfombras? Si () No ()

c) Heridas

De 4 a 14 días antes de síntomas: 1.- Ocurrió una herida? (marcar): Si () - No ()

Tipo (marcar): Quirúrgica Accidental () 2.- Drogadicción IV ()

d) Otros

Inhalación Si () - No () Intestinal Si () - No ()

Firma responsable