



**BOTULISMO DEL LACTANTE**

**1. DATOS PERSONALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. DNI N° \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio de residencia: \_\_\_\_\_

**2. DATOS DE INTERNACIÓN**

Hospital: \_\_\_\_\_ Unidad/Sala: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Historia Clínica N°: \_\_\_\_\_ Apellido y nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel/Cel: \_\_\_\_\_

**3. ANTECEDENTES ALIMENTARIOS (coloque SÍ o NO)**

Leche materna: \_\_\_\_ Leche de fórmula: \_\_\_\_ Miel: \_\_\_\_, frecuencia y cantidad aproximada administrada: \_\_\_\_\_, fecha última administración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Té de hierbas ("yuyos"): \_\_\_\_ Especifique cuáles y frecuencia: \_\_\_\_\_, fecha última administración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**4. ANTECEDENTES AMBIENTALES:**

√ Refacciones de la casa	<input type="checkbox"/>	√ Vivienda en calle de tierra	<input type="checkbox"/>	√ Vivienda rural	<input type="checkbox"/>
√ Movimientos de terreno	<input type="checkbox"/>	√ Jardín	<input type="checkbox"/>	√ Vientos frecuentes	<input type="checkbox"/>
√ Limpieza con aspiradora	<input type="checkbox"/>	√ Limpieza por barrido	<input type="checkbox"/>	√ Uso de plumero	<input type="checkbox"/>

Profesión u oficio (agricultor, tractorista, albañil, etc.) de los padres: \_\_\_\_\_ Otros que considere relevantes: \_\_\_\_\_

**5. MEDICACIÓN**

Antibióticos/Dosis: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

**6. ANTECEDENTES CLÍNICOS.** Fecha de inicio de los signos: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

√ Reflejo fotomotor disminuido	<input type="checkbox"/>	√ Constipación: N° de días	<input type="checkbox"/>	√ Somnolencia	<input type="checkbox"/>
√ Reflejo de succión disminuido	<input type="checkbox"/>	√ Pérdida control cefálico	<input type="checkbox"/>	√ Ptosis palpebral	<input type="checkbox"/>
√ Disminución actividad espontánea	<input type="checkbox"/>	√ Babeo aumentado	<input type="checkbox"/>	√ Llanto débil	<input type="checkbox"/>

Otros signos o antecedentes que considere relevantes: \_\_\_\_\_

**7. DIAGNÓSTICO/S PREVIO/S**

\_\_\_\_\_

**8. TOMA DE MUESTRA:** Fecha de toma de muestra: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

a. Contenido intestinal: • Deposición espontánea: SI / NO. • Enema de recuperación con solución salina: SI / NO. • Otro tipo de enema: SI / NO, cuál: \_\_\_\_\_

b. Suero: SI / NO (Nota: el suero puede ser tanto de sangre arterial como venosa y es recomendable remitir al menos dos [2] mililitros).

**8. EXAMEN SOLICITADO POR**

Dr. \_\_\_\_\_ Contacto: • Tel/Cel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
• E-mail: \_\_\_\_\_

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