

BOTULISMO (todos los tipos)

FICHA DE NOTIFICACIÓN Y PEDIDO DE ESTUDIOS DE LABORATORIO



Ministerio de Salud
Argentina

Definición de caso sospechoso: Toda persona que presente visión borrosa, seguida de diplopía, disfagia y sequedad de mucosas a las que se le agrega ptosis palpebral, siempre de presentación bilateral y descendente, afebril y con conservación del estado de conciencia.

Caso Confirmado: Caso sospechoso con identificación de la toxina botulínica en suero; o en contenido gástrico; o en contenido intestinal (materia fecal); o en alimento consumido o que tenga nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Todo caso de botulismo deberá adelantarse por la vía más rápida a la autoridad sanitaria local y notificarse de manera inmediata en el módulo de vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

TIPO DE BOTULISMO: (marcar con una x): **ALIMENTARIO** **LACTANTE** **HERIDA** **OTROS**

ESTABLECIMIENTO DE INTERNACIÓN

Establecimiento: _____ Fecha de Notificación: / /
Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y Nombre: _____
Tel. Celular: _____ Correo electrónico: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____ Documento: Tipo y N°
Fecha de nacimiento: / / Edad en años/meses¹: _____ Sexo: M () F ()
Domicilio real (lugar donde pernocta en el momento actual):
Calle _____ N° _____ Referencia de ubicación (si el domicilio no es exacto)
Localidad _____ Departamento _____
Provincia _____
Teléfono.: _____ Teléfono alternativo _____

DATOS CLINICOS:

HC N° _____
Fecha de inicio de los síntomas: / / Fecha de la primera consulta: / /
Fecha de internación: / /

Uso de ARM **SI** **NO**

Condición de alta: **SI** **NO** Curado Derivado Fallecido

Empleo de antitoxina: _____ Demora en administrarla (marcar lo que corresponda con una x) <24hs 24 a 48 48 y +

DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

A) Alimento sospechoso _____ **Industrial** **SI** **NO** **Casero:** **SI** **NO**

Fecha ingestión alimento sospechoso: / /

b) Lactante: De 2 a 12 días antes de síntomas:

- Consumió?: miel **SI** **NO** infusiones **SI** **NO**
- Reparación o remodelación en domicilio? **SI** **NO**
- Limpieza de alfombras? **SI** **NO**

c) Heridas: De 4 a 14 días antes de síntomas:

- Ocurrió una herida? **SI** **NO**
- Tipo (marcar): Quirúrgica **SI** **NO** Accidental **SI** **NO**
- Usuario de drogas IV: **SI** **NO**

d) Otros

Inhalación: **SI** **NO** Intestinal: **SI** **NO**
Uso terapéutico: **SI** **NO** Accidente de laboratorio: **SI** **NO**
Origen no determinado: **SI** **NO**

¹ Usar meses para los menores de dos años.

LABORATORIO AL QUE FUERON REMITIDAS LAS MUESTRAS: _____

Las muestras deberán ser notificadas a través del módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de manera inmediata y derivada la información al laboratorio de referencia, quien agregará los estudios y resultados. Se emitirá un mail de alerta ante cada una de las intervenciones de los laboratorios en el sistema.

Fecha de derivación

Muestras remitidas para diagnóstico:

Resto alimentario	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de toma:
Material de herida	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de toma:
Suero:	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de toma:
Heces/lavado rectal	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de toma:
Vómito/lavado gástrico	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Fecha de toma:

Firma y sello del médico tratante