

# 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/meses<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ 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:

1. Consumió?: miel **SI**  **NO**  infusiones **SI**  **NO**

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? **SI**  **NO**

2. Tipo (marcar): Quirúrgica **SI**  **NO**  Accidental **SI**  **NO**

3. 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**

<sup>1</sup> 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