

MINISTERO DELLA SALUTE
 Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione
 Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli
 Organi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
 Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo
 Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
 Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE
- CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE
- INFANTILE
- DA FERITA
- INTESTINALE ADULTO

SEGNALAZIONE CASO BOTULISMO

La presente scheda va compilata **IN STAMPATELLO** a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ ASL _____

ENTE OSPEDALIERO _____ REPARTO _____

Nome Medico Compilatore _____

Recapito Medico Compilatore _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____

Domicilio abituale _____

Occupazione _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

<1 anno (da 0 a 11 mesi) >1 anno (da 1 a 99 anni) se > indicare sempre 99

Data inizio sintomi: / / Comune inizio sintomi _____

gg mm aa

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO _____

DI PRODUZIONE INDUSTRIALE DI PRODUZIONE CASALINGA

È DI CONSUMO ABITUALE sì NO

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO? sì NO

I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI? sì NO

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA ORE

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO _____

SPECIFICARE

• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:

TOTALE PERSONE CON SINTOMI

DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> DISFAGIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> VOMITO	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLE FAUCI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> DIARREA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> STIPSI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> MIDRIASI	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> COMA	___/___/___ gg mm aa
<input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA	___/___/___ gg mm aa	<input type="checkbox"/> ALTRO	___/___/___ gg mm aa

DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA	___/___/___ gg mm aa	Referto _____
<input type="checkbox"/> ALTRI	___/___/___ gg mm aa	Referto _____

DECORSO

DATA DI RICOVERO ___/___/___
gg mm aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO Sì NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE ___/___

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? _____

ALTRE TERAPIE Sì NO

SE SÌ QUALI _____

INDAGINI DI LABORATORIO

RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:					
SIERO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:					
FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____			Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI _____					
INDIRIZZO _____ N° TELEFONICO _____					

DATA DI COMPILAZIONE ___/___/___ FIRMA DEL COMPILATORE _____

La scheda va compilata in **stampatello** in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerta@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reperto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
--	--	---	--