

Istituto Superiore di Sanità

CENTRO NAZIONALE DI RIFERIMENTO PER IL BOTULISMO

Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Viale Regina Elena, 299 00161 Roma

SORVEGLIANZA BOTULISMO INFANTILE

SCHEMA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI

La presente scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e inviata unitamente ai campioni, all'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (DSPVSA), viale Regina Elena, 299 00161 Roma.

Note per l'invio dei campioni:

inviare più rapidamente possibile un campione di feci o tamponi rettali (in caso di stipsi) refrigerati e eventualmente un campione di siero (almeno 2 ml) previo contatto telefonico con il Centro Nazionale di riferimento per il Botulismo (CNRB) tel. 06/4990 2254 fax 06/4990 2045.

Regione _____	Provincia _____	Comune _____	ASL _____
Ente Ospedaliero _____	Reparto _____		_____
Indirizzo _____	tel/fax _____		
Medico di riferimento _____			
Data del ricovero _____	Motivo del ricovero _____		

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____	Nome _____		
Sesso: M F	Luogo e data di nascita _____		
Residenza: città _____	via _____	CAP _____	tel _____

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Padre: Cognome _____	Nome _____	Occupazione _____
Madre: Cognome _____	Nome _____	Occupazione _____
Altri figli: Età _____ Sesso M F	Età _____ Sesso M F	Età _____ Sesso M F
Presenza di animali domestici in casa (specificare) _____		

ANAMNESI DEL CASO

- Nascita con parto: eutocico <input type="checkbox"/>	distocico <input type="checkbox"/>	cesareo <input type="checkbox"/>
- Peso alla nascita (in grammi) _____		
- Allattamento: al seno <input type="checkbox"/> per quanto tempo _____		
latte in polvere <input type="checkbox"/> per quanto tempo _____		
allattamento misto <input type="checkbox"/> per quanto tempo _____		
altro tipo di allattamento (specificare) <input type="checkbox"/> _____ per quanto tempo _____		

- Uso di infusi vegetali (camomilla, etc) (specificare) _____
da quanto tempo _____

- Utilizzazione di miele come dolcificante/sul succhiotto da quanto tempo _____ con
quale frequenza _____
miele di produzione artigianale miele di produzione industriale

ALIMENTAZIONE ALLO SVEZZAMENTO

Integrazioni al latte (farine, biscotti, etc.) specificare _____
 altri alimenti (omogeneizzati, liofilizzati, frutta, etc.) (specificare) _____
prodotti di preparazione casalinga prodotti di preparazione industriale

- Età all'inizio dello svezzamento (in mesi) _____

SEGNI CLINICI

Segni Clinici / Sintomi	Al Ricovero	Riferiti dalla madre prima del ricovero. Indicarne data di comparsa
Pianto/voce alterata		
Ipotonia		
Difficoltà di suzione		
Non controllo del capo		
Ptosi palpebrale		
Espressione del viso alterata		
Midriasi		
Rigurgito		
Irrequietezza		
Torpore		
Dispnea		
Insuff. Respiratoria		
Stipsi		
Addome timpanico		
Ritenzione urinaria		
Febbre (> 37,5 °C)		
Coma		
Altro		
Altro		

Farmaci assunti nelle settimane precedenti il ricovero _____

TRATTAMENTI IN OSPEDALE

Terapia farmacologia/dosaggio (specificare) _____
Alimentazione sondino naso-gastrico
Ventilazione assistita
Elettromiografia compatibile con il botulismo SI NO

Data di compilazione _____

Compilatore _____