

# PROTOCOL DE NOTIFICACIÓ DE BOTULISME

## DADES DEL DECLARANT

Metge que declara el cas:

Lloc de feina (centre, unitat,...):

Data de declaració: / /

**DADES DE FILIACIÓ DEL MALALT** Cas: Autòcton  Importat  → comunitat autònoma o país:

Nom i llinatges:

Data de naixement:

Edat:

Gènere: Home

Dona

Domicili:

Telèfon:

Localitat i municipi:

Professió:

Lloc de feina:

País d'origen:

## DADES CLÍNQUES

**Inici de símptomes:**

Data:

Hora:

**Forma clínica:**

Alimentari

Per ferides

Del lactant

Símptomes:

### adults

	Sí	No	Desc
Ptosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visió borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paràlisi flàccida descendent i simètrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Símptomes:

### lactants

	Sí	No	Desc
Ptosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrenyement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inapetència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultat per deglutir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilitat progressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar si cal altres símptomes:

**Complicacions:** No  Desconegut  Si  especificar-les:

**Derivat a:**

**Tractament:**

**Defunció:** No

Si

Data:

## DADES DE LABORATORI

### Investigació de la toxina botulínica a:

	Pos	Neg	NR	Pendent
Sèrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Investigació del *Clostridium botulinum* a:

	Pos	Neg	NR	Pendent
Sèrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipus de toxina:

## DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

**Tipus de cas:** Sospitós  Confirmat

**Tipus d'exposició (especificar les possibles fonts d'exposició):**

a) Alimentari: Aliments consumits a les 72 hores precedents

Aliment

Procedència (si és industrial, marca i lot)

Lloc, data i hora de consum

b) Per ferides: Antecedents de la lesió

c) Del lactant: Reflectar possibles fonts d'exposició

**Font d'exposició:** Coneguda: No  Si  especificar

**Observacions:**