

**FICHA DE NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN
BOTULISMO**

Caso sospechoso (alimentario y por herida): toda persona, con conservación de la conciencia, que presente visión borrosa, acompañada al menos de uno de los siguientes síntomas: diplopía, disfagia, sequedad de mucosas, ptosis palpebral, parálisis simétrica, paro respiratorio. **Caso sospechoso del lactante:** todo niño menor de 1 año con estreñimiento e inapetencia, seguido al menos de uno de los siguientes síntomas: ptosis palpebral, dificultad para deglutir, pérdida del control de la cabeza o hipotonía.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido _____

Edad Años Meses Días Sexo F M C.I. N° _____

Domicilio _____

Depto _____ Distrito _____ Barrio _____

Zona: Urbana Rural País _____ Tel. _____

Ocupación Dirección trabajo o escuela _____

ANTECEDENTES DE RIESGO Y EXPOSICIÓN

1. Alimentario Alimentos sospechosos

Alimento industrializado Alimento casero Fecha de consumo / /

2. Lactante Sólo alimentado a "pecho" Pecho y leche de fórmula Leche de fórmula

Consumo de: Miel Jarabe de maíz Infusiones caseras Jugo Cereales

Expuesto a altos contenido de polvo ambiental (suelo)

3. Por heridas Fecha de ocurrencia de la herida / /

Tipo de herida Accidental Quirúrgica Uso de drogas intravenosas

ANTECEDENTES CLÍNICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha inicio síntomas / / Fecha 1° consulta / / Centro _____

Hospitalización SI NO Fecha / / Diagnóstico ingreso _____

Signos y síntomas

Visión borrosa <input type="checkbox"/>	Parálisis flácida descendente <input type="checkbox"/>	Inapetencia <input type="checkbox"/>
Disfagia <input type="checkbox"/>	Ausencia de reflejo fotomotor <input type="checkbox"/>	Hipotonía <input type="checkbox"/>
Diplopía <input type="checkbox"/>	Conciencia conservada <input type="checkbox"/>	Pérdida del control cefálico <input type="checkbox"/>
Ptosis palpebral bilateral <input type="checkbox"/>	Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/>	

Síntomas previos al cuadro neurológico constipación vértigo náuseas/vómitos fiebre

Uso de ARM SI NO Empleo de antitoxina SI NO Demora en administración 24h 48h !"# \$

DATOS DE LABORATORIO

	Fecha	Resultado
Suero	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Materia fecal	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Aspirado gástrico	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
alimento sospechoso	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
material de herida	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

CONDICIÓN AL EGRESO

Fecha de egreso / /

Tipo de egreso Alta Fallecido Transferido

Establecimiento de transferencia _____

DATOS DEL NOTIFICANTE

Fecha de notificación / / Nombre del Notificante _____

EESS _____

Municipio _____ Depto. _____