

CASO SUSPEITO DE BOTULISMO ALIMENTAR E/ OU POR FERIMENTOS: Paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia. A exposição a alimentos potencialmente suspeitos para presença da toxina botulínica nos últimos dez dias ou história de ferimentos nos últimos 21 dias reforça a suspeita.

CASO SUSPEITO DE BOTULISMO INTESTINAL: Criança < 1 ano com paralisia flácida aguda de evolução insidiosa e progressiva que apresente um ou mais dos seguintes sintomas: constipação, sucção fraca, disfagia, choro fraco, dificuldade de controle dos movimentos da cabeça. Adulto que apresente paralisia flácida aguda, simétrica, descendente, com preservação do nível de consciência, caracterizado por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: visão turva, diplopia, ptose palpebral, boca seca, disartria, disfagia ou dispnéia na ausência de fontes prováveis de toxina botulínica como: alimentos contaminados, ferimentos ou uso de drogas.

NOTA: A exposição a alimentos com risco para presença de esporo de *C. botulinum* (ex. mel, xaropes de milho), reforça a suspeita em menores de um ano de idade.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença BOTULISMO		Código (CID10) A 05.1		3 Data da Notificação					
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)							
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas					
Notificação Individual	8 Nome do Paciente						9 Data de Nascimento					
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado					
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica											
	15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe							
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito					
	20 Bairro			21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código					
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)				24 Geo campo 1					
	25 Geo campo 2			26 Ponto de Referência			27 CEP					
	28 (DDD) Telefone			29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)						
	Dados Complementares do Caso											
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Data do 1º Atendimento							
	34 Nº Total de Atendimentos até a Suspeição Clínica				35 Data da Suspeição Clínica							
	36 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado				37 Data da Internação		38 Data da Alta Hospitalar					
	39 UF		40 Município do Hospital		Código (IBGE)		41 Nome do Hospital		Código			
Dados Clínicos	42 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						43 Exame Neurológico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Visão Turva		<input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço		<input type="checkbox"/> Ptose Palpebral		<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Sup.			
	<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Diplopia		<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Oftalmoparesia / Oftalmoplegia		<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inf.			
<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Disartria		<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória		<input type="checkbox"/> Midríase		<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente				
<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Disfonia		<input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca		<input type="checkbox"/> Paralisia Facial		<input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica				
<input type="checkbox"/> Constipação		<input type="checkbox"/> Disfagia		<input type="checkbox"/> Coma		<input type="checkbox"/> Comprometimento da Musculatura Bulbar		<input type="checkbox"/> Alterações de Sensibilidade				
<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Boca Seca		<input type="checkbox"/> Parestesia, onde: _____								
<input type="checkbox"/> Tontura		<input type="checkbox"/> Ferimento		<input type="checkbox"/> Outros _____								
44 Reflexos Neurológicos 1 - Normais 2 - Aumentados 3 - Reduzidos/Ausentes 9 - Ignorado												

Fonte de Transmissão

45 Suspeita de Transmissão Alimentar? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

46 Se Sim, qual Alimento Suspeito

47 Produção do Alimento Suspeito Industrial/Comercial Caseira
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

48 Se Industrial/Comercial, Especificar: Marca, Data de Validade e Lote

49 Exposição ao Alimento 1 - Única 2 - Múltipla 9 - Ignorado

50 Se Única, tempo decorrido entre ingestão e início dos sintomas _____ Horas

51 Se Múltipla, tempo decorrido entre a primeira ingestão e o início dos sintomas _____ Horas

52 Se Múltipla, tempo decorrido entre a última ingestão e o início dos sintomas _____ Horas

53 Local da Ingestão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Domicílio Creche/Escola Trabalho Restaurante/Bar/Lanchonete Festa Outro: _____

54 UF _____ 55 Município onde Ingeriu o Alimento _____ Código (IBGE) _____ 56 Número de Pessoas (comensais) que Consumiram o Alimento Suspeito _____

Tratamento

57 Tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
 Assistência Ventilatória Antibioticoterapia
 Soro Antibotulínico Outro _____

58 Se Recebeu Soro Antibotulínico, Data da Administração _____

59 Se Recebeu Soro Antibotulínico, foi após a Coleta de Material Clínico?
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados do Laboratório

60 Pesquisa de Toxina Botulínica

Material	Coletou Material? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	Data da Coleta	Resultado 1- Presença de toxina 2- Ausência de toxina 3- Inconclusivo 4- Não Realizado	Tipo de Toxina (1-A,2-B,3-AB,4-E,5-F,6-G,7-Outra, 9-Ign)
Soro	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	
Fezes	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	
Alimento 1: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	
Alimento 2: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	
Outros: _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	

Exames Complementares

61 Líquor 1 - Realizado 2 - Não Realizado

62 Data da Coleta _____

63 Número de células / mm³ _____

64 Proteínas mg% _____

Eletroneuromiografia

65 Eletroneuromiografia 1 - Realizada 2 - Não Realizada

66 Data da Realização _____

67 Neurocondução Sensitiva
1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações

68 Neurocondução Motora
1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações

69 Estimulação Repetitiva
1 - Normal 2 - Decremento (freq baixa) 3 - Incremento (freq alta)

Conclusão

70 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado (especificar outro agente) _____

71 Critério de Confirmação / Descarte
1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico

72 Forma de Botulismo 1 - Alimentar 2 - Intestinal 3 - Por ferimento 4 - Outra

73 Presença de Toxina Botulínica na Amostra: Clínica Bromatológica
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

74 Tipo de Toxina Isolada na Amostra Clínica Bromatológica
1 - A 2 - B 3 - AB 4 - E 5 - F 6 - G 7 - Outra 9 - Ignorado

75 Qual a causa / Alimento Incriminado / Alimento Potencialmente Suspeito _____

76 Doença Relacionada ao Trabalho
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

77 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito por botulismo 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado

78 Data do Óbito _____

79 Data do Encerramento _____

Informações complementares e observações

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores ao início dos sintomas

Tipo de Alimento	Local de Consumo

Observações Adicionais

Investigador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____