

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	3 Data da Notificação Código (CID10) A 05.1
	4 UF	5 Município de Notificação Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano
Dados de Residência	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 a 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 Código
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	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
Dados Clínicos	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	
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Visão Turva <input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Coma <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 _____	
	43 Exame Neurológico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados Clínicos	<input type="checkbox"/> Ptose Palpebral <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Sup. <input type="checkbox"/> Oftalmoparesia / Oftalmoplegia <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inf. <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente <input type="checkbox"/> Paralisia Facial <input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica <input type="checkbox"/> Comprometimento da Musculatura Bulbar <input type="checkbox"/> Alterações de Sensibilidade	
	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 _____

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

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

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 3 - AB 5 - F 7 - Outra 2 - B 4 - E 6 - G 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 _____