



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 SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS: VISÃO TURVA, DIPLOPIA, PTOSE PALPEBRAL, BOCA SECA, DISARTRIA, DISFAGIA OU DISPNEIA. 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 SEGUINTE SINTOMAS: CONSTIPAÇÃO, SUÇÃO 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 SEGUINTE SINAIS E SINTOMAS: VISÃO TURVA, DIPLOPIA, PTOSE PALPEBRAL, BOCA SECA, DISARTRIA, DISFAGIA OU DISPNEIA 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) AGRAVO / DOENÇA		CÓDIGO (CID 10)	3) DATA DA NOTIFICAÇÃO
	BOTULISMO		A 05.1	
	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	11) SEXO	12) GESTANTE	13) RAÇA / COR	
	<input type="checkbox"/> 1 - HORA <input type="checkbox"/> 2 - DIA <input type="checkbox"/> 3 - MÊS	<input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 3 - 3º TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 5 - NÃO <input type="checkbox"/> 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> 1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA <input type="checkbox"/> 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO	
	14) ESCOLARIDADE				
	0 - ANAFABETO 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		21) ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)		
	22) NÚMERO		23) COMPLEMENTO	24) GEO CAMPO 1	25) GEO CAMPO 2
	26) PONTO DE REFÊNCIA			27) CEP	
	28) (DDD) TELEFONE		29) ZONA	30) PAÍS (SE RESIDENTE FORA DO PAÍS)	
			1 - URBANA 2 - RURAL 3 - PERIURBANA 9 - IGNORADO		

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			37) DATA DA INTERNAÇÃO		38) DATA DA ALTA HOSPITALAR
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO					
39) UF	40) MUNICÍPIO DO HOSPITAL		CÓDIGO (IBGE)	41) NOME DO HOSPITAL		CÓDIGO

DADOS CLÍNICOS	42) SINAIS E SINTOMAS			43) EXAME NEUROLÓGICO		
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			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"/> FRAQUEZA EM MEMBROS INF.
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> OFTALMOPARESIA / OFTALMOPLÉGIA	<input type="checkbox"/> FRAQUEZA DESCENDENTE	<input type="checkbox"/> FRAQUEZA SIMÉTRICA	
<input type="checkbox"/> VÔMITO	<input type="checkbox"/> DISARTRIA	<input type="checkbox"/> INSUF. RESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> MIDRIASE	<input type="checkbox"/> PARALISIA FACIAL	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DE SENSIBILIDADE	
<input type="checkbox"/> DIARREIA	<input type="checkbox"/> DISFONIA	<input type="checkbox"/> INSUF. CARDÍACA	<input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO DA MUSCULATURA BULBAR			
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	<input type="checkbox"/> BOCA SECA	<input type="checkbox"/> COMA				
<input type="checkbox"/> CEFALEIA	<input type="checkbox"/> FERIMENTO	<input type="checkbox"/> PARESTESIA, ONDE:				
<input type="checkbox"/> TONTURA	<input type="checkbox"/> OUTROS:					
44) REFLEXOS NEUROLÓGICOS			1 - NORMAIS 2 - AUMENTADOS 3 - REDUZIDOS / AUSENTES 9 - IGNORADO			

FONTE DE TRANSMISSÃO	45) SUSPEITA DE TRANSMISSÃO ALIMENTAR? <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	46) SE SIM, QUAL ALIMENTO SUSPEITO? <input type="checkbox"/>	47) PRODUÇÃO DO ALIMENTO SUSPEITO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	<input type="checkbox"/> INDUSTRIAL/COMERCIAL <input type="checkbox"/> CASEIRA
	48) SE INDUSTRIAL / COMERCIAL, ESPECIFICAR: MARCA, DATA DE VALIDADE E LOTE	49) EXPOSIÇÃO AO ALIMENTO <input type="checkbox"/> 1 - ÚNICA 2 - MÚLTIPLA 9 - IGNORADO	50) SE ÚNICA, TEMPO DECORRIDO ENTRE INGESTÃO E O 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 <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CRECHE / ESCOLA <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> RESTAURANTE / BAR / LANCHONETE <input type="checkbox"/> FESTA <input type="checkbox"/> OUTRO:			
	54) UF	55) MUNICÍPIO ONDE INGERIU O ALIMENTO SUSPEITO	CÓDIGO (IBGE)	56) NÚMERO DE PESSOAS (COMENSAIS) QUE CONSUMIRAM O ALIMENTO SUSPEITO

TRATAMENTO	57) TRATAMENTO 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA <input type="checkbox"/> ANTIBIOTICOTERAPIA <input type="checkbox"/> SORO ANTIBUTOLÍNICO <input type="checkbox"/> OUTRO	58) SE RECEBEU SORO ANTIBUTOLÍNICO, DATA DA ADMINISTRAÇÃO
	59) SE RECEBEU SORO ANTIBUTOLÍNICO, FOI APÓS A COLETA DE MATERIAL CLÍNICO? <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO	

DADOS DO LABORATÓRIO	60) PESQUISA DE TOXINA BUTOLÍNICA				
	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 - 4, 5 - F, 6 - G, 7 - OUTRA, 9 - ING)
	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"/>	
	ALIMENTO 3:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	EXAMES COMPLEMENTARES				
	61) LÍQUOR <input type="checkbox"/> 1 - REALIZADO 2 - NÃO REALIZADO	62) DATA DA COLETA	63) NÚMERO DE CÉLULAS / mm ³	64) PROTEÍNAS mg%	
	ELETRONEUROMIOGRAFIA				
65) ELETRONEUROMIOGRAFIA <input type="checkbox"/> 1 - REALIZADO 2 - NÃO REALIZADO	66) DATA DA REALIZAÇÃO	67) NEUROCONDUÇÃO SENSITIVA <input type="checkbox"/> 1 - NORMAL 2 - DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE 3 - LENTIFICAÇÕES			
68) NEUROCONDUÇÃO MOTORA <input type="checkbox"/> 1 - NORMAL 2 - DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE 3 - LENTIFICAÇÕES	69) ESTIMULAÇÃO REPETITIVA <input type="checkbox"/> 1 - NORMAL 2 - DECREMENTO (FREQ. BAIXA) 3 - INCREMENTO (FREQ. ALTA)				

CONCLUSÃO	70) CLASSIFICAÇÃO FINAL <input type="checkbox"/> 1 - CONFIRMADO 2 - DESCARTADO (ESPECIFICAR OUTRO AGENTE):	70) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO / DESCARTE <input type="checkbox"/> 1 - LABORATORIAL 2 - CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO)	
	72) FORMA DE BOTULISMO <input type="checkbox"/> 1 - ALIMENTAR 2 - INTESTINAL 3 - POR FERIMENTO 4 - OUTRA	73) PRESENÇA DE TOXINA BOTULÍNICA NA AMOSTRA: <input type="checkbox"/> CLÍNICA <input type="checkbox"/> BROMATOLÓGICA	
	74) TIPO DE TOXINA ISOLADA NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> CLÍNICA 1 - A 3 - AB 5 - F 7 - OUTRA 2 - B 4 - E 6 - G 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/> BROMATOLÓGICA	75) QUAL A CAUSA / ALIMENTO INCRIMINADO / ALIMENTO POTENCIALMENTE SUSPEITO	76) DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO <input type="checkbox"/> 1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO
	77) EVOLUÇÃO DO CASO <input type="checkbox"/> 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		CÓD. DA UNI. DE SAÚDE	
	DATA	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA