



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, SUCCÃO 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
	NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRANVESTIS E TRANSEXUAIS)			
	10 IDADE	11 SEXO	12 GESTANTE	13 RAÇA / COR
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M - MASCULINO <input type="checkbox"/> F - FEMININO <input type="checkbox"/> I - IGNORADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 - HORA 2 - DIA 3 - MÊS 4 - ANO	1 - 1º TRIMESTRE 2 - 2º TRIMESTRE 4 - IDADE GESTACIONAL IGNORADA 6 - NÃO SE APLICA 9 - IGNORADO	3 - 3º TRIMESTRE 5 - NÃO	1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - AMARELA 4 - PARDA 5 - INDÍGENA 9 - IGNORADO
14 ESCOLARIDADE				<input type="checkbox"/>
0 - ANALFABETO(A)		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 ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA, ETC.)		CÓDIGO	
	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			<input type="checkbox"/>	37 DATA DA INTERNAÇÃO	
	1 - SIM 2 - NÃO 9 - IGNORADO			38 DATA DA ALTA HOSPITALAR		
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"/> MIDRÍASE	<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			<input type="checkbox"/>

FONTE DE TRANSMISSÃO	45 SUSPEITA DE TRANSMISSÃO ALIMENTAR? <input type="checkbox"/> 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO	46 SE SIM, QUAL ALIMENTO SUSPEITO?	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? 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO <input type="checkbox"/>	

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):	71 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 1 – SIM 2 – NÃO 9 - IGNORADO		
	74 TIPO DE TOXINA ISOLADA NA AMOSTRA <input type="checkbox"/> CLÍNICA 1 – A 3 – AB 5 – F 7 – OUTRA <input type="checkbox"/> BROMATOLÓGICA 2 – B 4 – E 6 – G 9 - IGNORADO	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(A)	MUNICÍPIO / UNIDADE			CÓD. DA UNI. DE SAÚDE
	DATA	NOME	FUNÇÃO	ASSINATURA