

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	Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	BOTULISMO		A 05.1	
Dados Gerais	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
Notificação Individual	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS			
	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)	
	24 Geo campo 1		25 Geo campo 2	
Dados de Residência	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	
Antecedentes Epidemiológicos	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
Dados Clínicos	42 Sinais e Sintomas		43 Exame Neurológico	
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	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

Horas

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 Liquor ☐ 1 - Realizado 2 - Não Realizado

62 Data da Coleta

63 Número de células / mm³

64 Proteínas mg%

Eletroencefalografia

65 Eletroencefalografia ☐ 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