



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 <h2 style="text-align:center;">BOTULISMO</h2>	3 Data da Notificação																				
	4 UF 5 Município de Notificação	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código																				
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																					
	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	19 Distrito																				
	20 Bairro																					
	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																				
39 UF 40 Município do Hospital		41 Nome do Hospital																				
Código (IBGE)		Código																				
Dados Clínicos	42 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																					
	43 Exame Neurológico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado																					
	44 Reflexos Neurológicos 1 - Normais 2 - Aumentados 3 - Reduzidos/Ausentes 9 - Ignorado																					
	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Febre</td> <td><input type="checkbox"/> Visão Turva</td> <td><input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Náusea</td> <td><input type="checkbox"/> Diplopia</td> <td><input type="checkbox"/> Dispnéia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vômito</td> <td><input type="checkbox"/> Disartria</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarréia</td> <td><input type="checkbox"/> Disfonia</td> <td><input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Constipação</td> <td><input type="checkbox"/> Disfagia</td> <td><input type="checkbox"/> Coma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cefaléia</td> <td><input type="checkbox"/> Boca Seca</td> <td><input type="checkbox"/> Parestesia, onde: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tontura</td> <td><input type="checkbox"/> Ferimento</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>		<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"/> 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 _____																				

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 suspeito 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 Liquor 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 _____