

**BOTULISMO (todos los tipos)**

Ficha de notificación al SINAVE

Año..... Provincia.....Partido o Depto.....

Datos particulares:

Apellido y nombreRelación con casos:.....

Fecha nacimiento /..... /..... Edad en años meses Sexo (F / M)

Domicilio.....Localidad.....

.....

Establecimiento de internación:

Fecha inicio de síntomas/...../..... Fecha consulta/...../..... Fecha internación

...../...../.....

Uso de ARM (marcar) Si / No Condición de alta (marcar): Curado, Derivado o Fallecido

Tipo Botulismo (marcar): Alimentario Lactante Herida Otros

Muestras remitidas para diagnóstico (colocar SI a las muestras remitidas):

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Muestras positivas: (colocar SI a las muestras positivas)

Resto alimentario Material de herida Suero Heces Lav. Gástrico

Informe Laboratorio:

Tipo de toxina (A, B, E)

Demora del informe (Sin Informe, <24 hs, 24y+):.....

Empleo de antitoxina (Si / No)

Demora en administrarla (<24 hs, 24 a 48, 48y+):.....

a) Alimentario

Alimento sospechoso:

Industrial: Si / No Casero: Si / No Fecha ingestión alimento sospechoso: /..... /.....

b) Lactante*De 2 a 12 días antes de síntomas:* 1.- Consumió? (marcar): miel infusiones

2.- Reparación o remodelación en domicilio? Si / No 3.- Limpieza de alfombras? Si / No

c) Heridas*De 4 a 14 días antes de síntomas:* 1.- Ocurrió una herida? (marcar): Si / No

Tipo (marcar) Quirúrgica Accidental 2.- Drogadicción IV (marcar) (marcar): Si / No

d) Otros

Inhalación Si / No

Intestinal Si / No

Firma responsable