



Definición de caso

Caso sospechoso: toda persona que presenta parestesia de boca y extremidades acompañada o no de síntomas gastrointestinales con antecedentes de ingestión de moluscos bivalvos y/o gasterópodos marinos.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
Apellido y Nombre del Profesional: _____
Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M ☐ F ☐ DNI: _____
Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
Urbano ☐ Rural ☐ Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Parestesias Labios ☐ Cara ☐ Brazos ☐ Dedos de la mano ☐ Piernas ☐ Dedos del pie ☐
Otros: _____
Dificultades para: Hablar ☐ Respirar ☐ Estar de pie ☐ Levantarse ☐
Sensación de ingravidez ☐ Embotamiento ☐ Cefalea ☐ Náuseas ☐
Mareos ☐ Parálisis ☐ Paro respiratorio ☐ Alteración de la función renal ☐
Otros: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Clase de molusco ingerido: _____
Lugar donde lo ingirió: ☐ Captura-Lugar _____
☐ Restoran _____
☐ Otros _____
Procedencia del molusco: _____
Forma de preparación: cocido ☐ crudo ☐ agregado de limón ó vinagre ☐ caldo o sopa de mariscos ☐
Nº aproximado de moluscos ingeridos _____ Bebida alcohólica: Si ☐ No ☐
Otros alimentos ingeridos simultáneamente _____
Día y hora de la ingestión de la comida sospechosa: Fecha ____/____/____ Hora ____:____
Fecha y hora de comienzo de los síntomas: Fecha ____/____/____ Hora ____:____
Tipo de caso: esporádico ☐ asociado a brote ☐



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Material recogido para las muestras

Moluscos de la zona ☐ Restos de comida ☐ Envases de igual partida ☐ Contenido gástrico ☐

Determinación de la Toxina

Toxicidad del molusco comido _____ UR/100 Cantidad ingerida estimada _____ UR/100

Observaciones _____

Laboratorio de la determinación

Determinación de toxina en moluscos del área analizada: _____ UR/100 Fecha ____/____/____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCION

Tratamiento recibido

Lavado gástrico ☐ Bicarbonato de Sodio ☐ Carbón activado ☐

Asistencia Respiratoria mecánica ☐ Cuidados Intensivos ☐ Otros ☐

Describe Otros _____

Búsqueda de expuestos: Si ☐ No ☐ Cuántos? _____

Coordinación con otras áreas involucradas (Bromatología-Saneamiento, etc): Si ☐ No ☐

Describir brevemente _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si ☐ No ☐ Se ignora ☐ Fecha hospitalización: ____/____/____

Alta sin secuelas ☐ Alta con secuelas ☐ Fallecido ☐ Fecha ____/____/____ Desconocido ☐

Caso sospechoso Caso confirmado por laboratorio de IPM ☐ Por Nexo epidemiológico ☐ Descartado ☐

Observaciones: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico