

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	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
Dados Complementares do Caso	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	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	37 Data da Internação	38 Data da Alta Hospitalar	
Antecedentes Epidemiológicos	39 UF	40 Município do Hospital	Código (IBGE)	41 Nome do Hospital
	Código			
Dados Clínicos	42 Sinais e Sintomas	43 Exame Neurológico		
	44 Reflexos Neurológicos			

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 ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Industrial/Comercial ☐ Caseira
	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 _____
	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	☐	_____	☐	
	Fezes	☐	_____	☐	
	Alimento 1: _____	☐	_____	☐	
	Alimento 2: _____	☐	_____	☐	
	Outros: _____	☐	_____	☐	

Exames Complementares				
61 Líquor ☐ 1 - Realizado 2 - Não Realizado	62 Data da Coleta _____	63 Número de células / mm ³ _____	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 _____

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 _____