

MINISTERO DELLA SALUTE  
 Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione  
 Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli  
 Organi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
 Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo  
 Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare  
 Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE  
 CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE  
 INFANTILE  
 DA FERITA  
 INTESTINALE ADULTO

**SEGNALAZIONE CASO BOTULISMO**

La presente scheda va compilata **IN STAMPATELLO** a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione \_\_\_\_\_    Provincia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_     ASL \_\_\_\_\_

ENTE OSPEDALIERO \_\_\_\_\_ REPARTO \_\_\_\_\_

Nome Medico Compilatore \_\_\_\_\_

Recapito Medico Compilatore \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Domicilio abituale \_\_\_\_\_

Occupazione \_\_\_\_\_

Età compiuta all'inizio della malattia:

<1 anno (da 0 a 11 mesi)   >1 anno (da 1 a 99 anni)   se > indicare sempre 99

Data inizio sintomi: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Comune inizio sintomi \_\_\_\_\_  
gg mm aa

**FONTE DI CONTAGIO**

ALIMENTO SOSPETTO \_\_\_\_\_

DI PRODUZIONE INDUSTRIALE  DI PRODUZIONE CASALINGA

È DI CONSUMO ABITUALE sì  NO

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO? sì  NO

I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI? sì  NO

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA ORE

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO \_\_\_\_\_  
 SPECIFICARE \_\_\_\_\_

• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:

TOTALE    PERSONE CON SINTOMI

## DATI CLINICI

### SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> DISFAGIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLE FAUCI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> STIPSI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> MIDRIASI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA      gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> VOMITO      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> DIARREA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> COMA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> ALTRO      gg / mm / aa
--	--

### DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> ALTRI      gg / mm / aa	Referto _____ Referto _____
---	--------------------------------

### DECORSO

DATA DI RICOVERO      gg / mm / aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO      Sì     NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE      /

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? \_\_\_\_\_

ALTRE TERAPIE    Sì     NO

SE SÌ QUALI \_\_\_\_\_

## INDAGINI DI LABORATORIO

### RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

### RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____			Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° TELEFONICO \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE      /      /      FIRMA DEL COMPILATORE \_\_\_\_\_

La scheda va compilata in **stampatello** in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. <b>Fax 06.5994.3096</b> <b>e-mail: <a href="mailto:malinf@sanita.it">malinf@sanita.it</a></b>	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione <b>Fax 06.5994.3598</b> <b>e-mail: <a href="mailto:dav.allerta@sanita.it">dav.allerta@sanita.it</a></b>	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 <b>e-mail: <a href="mailto:outbreak@iss.it">outbreak@iss.it</a></b>	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: <a href="mailto:cnr.botulismo@iss.it">cnr.botulismo@iss.it</a>
---	---	--	--