

**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 fermentos 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, fermentos 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 <b>BOTULISMO</b>		Código (CID10) A 05.1		3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
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 9- Ignorado		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 à 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		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro			21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	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)		
	<b>Dados Complementares do Caso</b>							
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		Código (IBGE)		41 Nome do Hospital	Código
Dados Clínicos	42 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						43 Exame Neurológico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Visão Turva	<input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço	<input type="checkbox"/> Ptose Palpebral	<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Sup.	<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Diplopia	<input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inf.
	<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Disartria	<input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória	<input type="checkbox"/> Oftalmoparesia / Oftalmoplegia	<input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente	<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"/> Paralisia Facial	<input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica	<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 _____	<input type="checkbox"/> Comprometimento da Musculatura Bulbar	<input type="checkbox"/> Alterações de Sensibilidade	44 Reflexos Neurológicos 1 - Normais 2 - Aumentados 3 - Reduzidos/Ausentes 9 - Ignorado			

**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 \_\_\_\_\_ 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 Líquor  1 - Realizado 2 - Não Realizado

62 Data da Coleta \_\_\_\_\_

63 Número de células / mm<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

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 2 - B 3 - AB 4 - E 5 - F 6 - G 7 - Outra 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 \_\_\_\_\_