

	Direzione Sanitaria	Mod. 0124	Pag. 1 di 3
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE BOTULISMO	Parola chiave: <i>segnalaz botulismo</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

SEGNALAZIONE CASO DI BOTULISMO:

- ☐ ALIMENTARE
☐ INFANTILE
☐ DA FERITA

La presente scheda va compilata a cura del Servizio di Igiene Pubblica dell'Unità Sanitaria Locale in cui sia stato diagnosticato un caso di botulismo. Il Servizio di Igiene Pubblica dovrà avvalersi delle informazioni registrate sulla Cartella Clinica o raccolte presso il Medico che ha diagnosticato il caso.

La scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e va inviata al Ministero della Sanità Dipartimento degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria, Ufficio Centrale Vigilanza, p.zza Marconi1 - 00144 Roma.

Copia della scheda vanno inviate all'Istituto Superiore di Sanità - laboratorio degli alimenti, viale Regina Elena 299 - 00161 Roma e al Dipartimento Prevenzione e Farmaci.

Per eventuali informazioni rivolgersi al Dipartimento degli Alimenti e Nutrizione e della Sanità Pubblica Veterinaria tel. 06/5994 3556-3207 oppure all'Istituto Superiore di Sanità laboratorio Alimenti, tel. 06/49902254-2319.

Regione _____ **PIEMONTE** _____ Provincia: _____ **AL** _____
 Comune: _____ **Casale M.to** _____ Asl : _____ **213** _____
 Ente ospedaliero: _____ **NUOVA CASA DI CURA CITTÀ SANT'ANNA S.r.l.** _____ Reparto: _____
 Indirizzo: _____ **VIALE CAVALLI D'OLIVOLA 22 - 15033 CASALE M.TO (AL)** _____

Dati anagrafici:

_____ Sesso F ☐ M ☐
 Cognome del paziente _____ Nome del paziente _____

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 00 a 11 mesi > 1 anno; da 1 a 99 anni (> 99 indicare sempre 99)

Data inizio primi sintomi: Comune inizio primi sintomi _____
gg mm aa

	Direzione Sanitaria SCHEMA DI SEGNALEZIONE BOTULISMO	Mod. 0124	Pag. 2 di 3
		Parola chiave: <i>segnalaz botulismo</i>	
		Rev. 00	del 15/10/2024

Fonte di contagio:

Alimento sospetto: _____

☐ di produzione industriale ☐ di produzione casalinga

E' di consumo abituale ? ☐ SI ☐ NO

Se si tratta di conserve alimentari, sono state cotte prima del consumo? ☐ SI ☐ NO

I caratteri organolettici erano alterati? ☐ SI ☐ NO

Ingerito quanto tempo prima della comparsa dei sintomi? Ore | _ | _ |

Altro alimento sospetto: _____

specificare

☐ BOTULISMO INFANTILE ☐ BOTULISMO DA FERITA

Altre persone che manifestano un comportamento sospetto:

TOTALE numero | _ | _ |

PERSONE CON SINTOMI numero | _ | _ |

Dati clinici:

Sintomatologia clinica (barrare i sintomi presenti)

☐ DIPLOPIA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ CONVULSIONI	_ _ _ _ _ _ gg mm aa
☐ DISFAGIA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ NAUSEA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa
☐ SECCHEZZA DELLE FAUCI	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ VOMITO	_ _ _ _ _ _ gg mm aa
☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ CEFALEA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa
☐ STIPSI	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ COMA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa
☐ PARALISI FACCIALE	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	☐ Altri	_ _ _ _ _ _ gg mm aa

Diagnosi Strumentale:

☐ ELETTROMIOGRAFIA	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	Referto: _____
☐ Altri	_ _ _ _ _ _ gg mm aa	Referto: _____

Decorso:

Data di ricovero |_|_| |_|_| |_|_|
 gg mm aa

	Direzione Sanitaria		Mod. 0124	Pag. 3 di 3	
	SCHEMA DI SEGNALEZIONE BOTULISMO			Parola chiave: <i>segnalaz botulismo</i>	
				Rev. 00	del 15/10/2024

E' stato impiegato siero antbotulinico? ☐ SI ☐ NO Se SI quanto tempo dopo l'esordio? Ore

☐ POLIVALENTE ☐ MONOSPECIFICO quante unit 

Altre terapie? ☐ SI ☐ NO

Se SI quali? _____

Ricerca della tossina:

Eseguita su:

SIERO	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
FECI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
REPERTI AUTOPTICI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
ALIMENTI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____

Ricerca di clostridi produttori di tossina:

Eseguita su:

FECI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
REPERTI AUTOPTICI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
ALIMENTI	☐ SI ☐ NO	risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____
Altro _____		risultato	☐ positivo ☐ negativo	Tipo: _____

specificare

Laboratorio che ha effettuato l'analisi:

Indirizzo _____ n. telefonico _____

Data di compilazione / /

Timbro e firma del Medico Compilatore
