

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: ____/____/____ gg mm aa		Comune inizio sintomi _____

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)

☐ DIPLOPIA gg / mm / aa ☐ DISFAGIA gg / mm / aa ☐ SECCHENZA DELLE FAUCI gg / mm / aa ☐ STIPSI gg / mm / aa ☐ MIDRIASI gg / mm / aa ☐ RITENZIONE URINARIA gg / mm / aa	☐ NAUSEA gg / mm / aa ☐ VOMITO gg / mm / aa ☐ DIARREA gg / mm / aa ☐ INSUFF. RESPIRATORIA gg / mm / aa ☐ COMA gg / mm / aa ☐ ALTRO gg / mm / aa
--	--

DIAGNOSI STRUMENTALE

☐ ELETTROMIOGRAFIA gg / mm / aa ☐ 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 ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
FECI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
REPERTI AUTOPTICI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALIMENTI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐

RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
REPERTI AUTOPTICI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALIMENTI	Sì ☐	NO ☐	Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐
ALTRO _____			Risultato	Positivo ☐	Negativo ☐

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. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerta@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	--	---	---