

# Istituto Superiore di Sanità

## CENTRO NAZIONALE DI RIFERIMENTO PER IL BOTULISMO

Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Viale Regina Elena, 299 00161 Roma

### SORVEGLIANZA BOTULISMO INFANTILE

#### SCHEMA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI

La presente scheda va compilata in stampatello in ogni sua parte e inviata unitamente ai campioni, all'Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (DSPVSA), viale Regina Elena, 299 00161 Roma.

Note per l'invio dei campioni:

inviare più rapidamente possibile un campione di feci o tamponi rettali (in caso di stipsi) refrigerati e eventualmente un campione di siero (almeno 2 ml) previo contatto telefonico con il Centro Nazionale di riferimento per il Botulismo (CNRB) tel. 06/4990 2254 fax 06/4938 7101.

|                             |                           |              |           |
|-----------------------------|---------------------------|--------------|-----------|
| Regione _____               | Provincia _____           | Comune _____ | ASL _____ |
| Ente Ospedaliero _____      | Reparto _____             |              | _____     |
| Indirizzo _____             | tel/fax _____             |              |           |
| Medico di riferimento _____ |                           |              |           |
| Data del ricovero _____     | Motivo del ricovero _____ |              |           |

#### DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

|                        |                               |           |           |
|------------------------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Cognome _____          | Nome _____                    |           |           |
| Sesso: M F             | Luogo e data di nascita _____ |           |           |
| Residenza: città _____ | via _____                     | CAP _____ | tel _____ |

#### INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

|   |            |                   |           |           |           |
|---|------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|
| Padre: Cognome _____                                      | Nome _____ | Occupazione _____ |           |           |           |
| Madre: Cognome _____                                      | Nome _____ | Occupazione _____ |           |           |           |
| Altri figli: Età _____                                    | Sesso M F  | Età _____         | Sesso M F | Età _____ | Sesso M F |
| Presenza di animali domestici in casa (specificare) _____ |            |                   |           |           |           |

#### ANAMNESI DEL CASO

|                                 |  |                                    |                                  |
|---------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| - Nascita con parto:            | eutocico <input type="checkbox"/>        | distocico <input type="checkbox"/> | cesareo <input type="checkbox"/> |
| - Peso alla nascita (in grammi) | _____                                    |                                    |                                  |
| - Allattamento: al seno         | <input type="checkbox"/>                 | per quanto tempo _____             |                                  |
|                                 | latte in polvere                         | <input type="checkbox"/>           | per quanto tempo _____           |
|                                 | allattamento misto                       | <input type="checkbox"/>           | per quanto tempo _____           |
|                                 | altro tipo di allattamento (specificare) | <input type="checkbox"/>           | _____ per quanto tempo _____     |

- Uso di infusi vegetali (camomilla, etc) (specificare) \_\_\_\_\_  
 da quanto tempo \_\_\_\_\_  
 - Utilizzazione di miele come dolcificante/sul succhiotto  da quanto tempo \_\_\_\_\_ con  
 quale frequenza \_\_\_\_\_  
 miele di produzione artigianale  miele di produzione industriale

**ALIMENTAZIONE ALLO SVEZZAMENTO**

Integrazioni al latte (farine, biscotti, etc.) specificare \_\_\_\_\_  
 altri alimenti (omogeneizzati, liofilizzati, frutta, etc.) (specificare) \_\_\_\_\_  
 prodotti di preparazione casalinga  prodotti di preparazione industriale   
 - Età all'inizio dello svezzamento (in mesi) \_\_\_\_\_

**SEGNI CLINICI**

| Segni Clinici / Sintomi       | Al Ricovero | Riferiti dalla madre prima del ricovero. Indicarne data di comparsa |
|-------------------------------|-------------|---|
| Pianto/voce alterata          |             |   |
| Ipotonia                      |             |   |
| Difficoltà di suzione         |             |   |
| Non controllo del capo        |             |   |
| Ptosi palpebrale              |             |   |
| Espressione del viso alterata |             |   |
| Midriasi                      |             |   |
| Rigurgito                     |             |   |
| Irrequietezza                 |             |   |
| Torpore                       |             |   |
| Dispnea                       |             |   |
| Insuff. Respiratoria          |             |   |
| Stipsi                        |             |   |
| Addome timpanico              |             |   |
| Ritenzione urinaria           |             |   |
| Febbre (> 37,5 °C)            |             |   |
| Coma                          |             |   |
| Altro                         |             |   |
| Altro                         |             |   |

Farmaci assunti nelle settimane precedenti il ricovero \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTI IN OSPEDALE**

Terapia farmacologia/dosaggio (specificare) \_\_\_\_\_  
 Alimentazione sondino naso-gastrico   
 Ventilazione assistita   
 Elettromiografia  compatibile con il botulismo SI NO

Data di compilazione \_\_\_\_\_ Compilatore \_\_\_\_\_