

**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 ferimentos 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, ferimentos 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		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	BOTULISMO		A 05.1		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS			
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		
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)		
	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		37 Data da Internação	38 Data da Alta Hospitalar	
Antecedentes Epidemiológicos	39 UF	40 Município do Hospital	Código (IBGE)	41 Nome do Hospital	
	42 Sinais e Sintomas		43 Exame Neurológico		
	44 Reflexos Neurológicos				

**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 Liquor ☐ 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 3 - AB 5 - F 7 - Outra 2 - B 4 - E 6 - G 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