

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre:	_____	Apellido 1:	_____	Apellido 2:	_____					
DNI/NIE:	_____	Pasaporte:	_____	CIPA:	_____	CIP-SNS:	_____			
Sexo al nacimiento:	_____									
Sexo administrativo:	_____									
Fecha de nacimiento:	_____	Edad:	_____	<input type="checkbox"/>	Años	<input type="checkbox"/>	Meses (si menos de 2 años)			
País de nacimiento:	<input type="checkbox"/> España									
	<input type="checkbox"/> Otro, especificar: _____									
Nacionalidad:	_____	Teléfono 1:	_____	Teléfono 2:	_____					
Domicilio:	_____						Nº:	_____	Piso:	_____
Municipio:	_____	Código postal:	_____	Distrito:	_____	Zona Básica:	_____			
Provincia:	_____	C. Autónoma:	_____	País:	_____					

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas:	_____	Fecha de diagnóstico:	_____				
Clasificación del caso:	_____						
	Criterios de clasificación: <input type="checkbox"/> Clínico						
	<input type="checkbox"/> Laboratorio						
	<input type="checkbox"/> Epidemiológico						
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):	_____						
<input type="checkbox"/>	No						
<input type="checkbox"/>	Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio _____						
	Fecha de ingreso: _____	Fecha de alta: _____	Motivo de alta: _____				
	Estancia en UCI: <input type="checkbox"/> No						
	<input type="checkbox"/> Sí ⇒ Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____						
Nº historia clínica:	_____						
Evolución:	_____						
	Si secuelas: ⇒ Especificar: _____						
	Si fallecimiento: ⇒ Fecha: _____ Motivo de fallecimiento: _____						
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	_____						
<input type="checkbox"/>	Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____						
<input type="checkbox"/>	No						
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):	_____						
<input type="checkbox"/>	Coincide con el domicilio						
<input type="checkbox"/>	Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):						
Tipo de lugar o colectivo:	_____						
Dirección:	_____	Nº:	_____	Piso:	_____		
Municipio:	_____	Código postal:	_____	Distrito:	_____	Zona Básica:	_____
Provincia:	_____	C. Autónoma:	_____	País:	_____		

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre:	_____	Fecha de notificación:	_____		
Centro/Institución:	_____	Servicio:	_____		
Municipio:	_____	Teléfono:	_____	Email:	_____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Aislamiento	_____	_____	_____	_____
Detección de toxina (PCR)	_____	_____	_____	_____
Detección de toxina (bioensayo)	_____	_____	_____	_____

*Muestras de elección: suero, heces, aspirado gástrico, herida, otra muestra normalmente estéril, otra muestra no estéril.

Agente causal:

Toxina botulínica:

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia del CNM (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE BOTULISMO

FORMA CLÍNICA:

TRATAMIENTO ESPECÍFICO (marcar una de las siguientes opciones):

Administración de antitoxina botulínica: Equina

Administración de antitoxina botulínica: Humana

Administración de antitoxina sin especificar

Desconocido

Tratamiento específico anterior a la toma de muestra:

EXPOSICIÓN durante el periodo de incubación:

Si otra ⇒ Especificar: _____

Fecha de la exposición conocida:

Si conocida ⇒ Fecha de la exposición: _____

***Alimento sospechoso:**

Especificar alimento: _____

Alimento en conserva:

Procedencia del alimento:

Si industrial comercializado:

Nombre comercial: _____ Fabricante _____

Lote: _____ Fecha de caducidad: _____

Lugar de adquisición: _____ Fecha de adquisición: _____

Si artesanal comercializado:

Lugar de adquisición: _____

Fecha de adquisición: _____

Fecha de consumo de alimento: _____ **Hora de consumo del alimento:** _____

Agente causal confirmado en el alimento:

Agente causal en alimento:

Toxina botulínica en el alimento:

Tipo de confirmación del vehículo:

Ámbito de exposición:

Si otro ámbito ⇒ Especificar: _____

DATOS DE VIAJE

Viaje durante el periodo de incubación:

Lugar del viaje: Municipio: _____ Provincia: _____

País: _____

Fecha de ida: _____ Fecha de vuelta: _____



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General
de Salud Pública
CONSEJERÍA
DE SANIDAD

OBSERVACIONES