

SES:

(Periodicidade de notificação – Até 24 horas) N°

Campo de preenchimento do enfermeiro: O prazo de notificação no SINAN foi cumprido?

() Sim () Não

SINAN

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

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 BOTULISMO		Código (CID10) A 05.1	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	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	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares do Caso						
Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		33 Data do 1º Atendimento	
	34 N° Total de Atendimentos até a Suspeição Clínica				35 Data da Suspeição Clínica	
	36 Ocorreu Hospitalização 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		37 Data da Internação		38 Data da Alta Hospitalar	
Dados Clínicos	39 UF	40 Município do Hospital	Código (IBGE)	41 Nome do Hospital		Código
	42 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Visão Turva <input type="checkbox"/> Flacidez de Pescoço <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Insuficiência Respiratória <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Disfonia <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Boca Seca <input type="checkbox"/> Parestesia, onde: <input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Outros		43 Exame Neurológico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Ptose Palpebral <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Sup. <input type="checkbox"/> Oftalmoparesia / <input type="checkbox"/> Fraqueza em Membros Inf. Oftalmoplegia <input type="checkbox"/> Fraqueza Descendente <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Fraqueza Simétrica <input type="checkbox"/> Paralisia Facial <input type="checkbox"/> Alterações de Sensibilidade <input type="checkbox"/> Comprometimento da Musculatura Bulbar			
	44 Reflexos Neurológicos 1 - Normais 2 - Aumentados 3 - Reduzidos/Ausentes 9 - Ignorado					

Fonte de Transmissão	45 Suspeita de Transmissão Alimentar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		46 Se Sim, qual Alimento Suspeito _____		47 Produção do Alimento Suspeito <input type="checkbox"/> Industrial/Comercial <input type="checkbox"/> Caseira 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	48 Se Industrial/Comercial, Especificar: Marca, Data de Validade e Lote _____		49 Exposição ao Alimento <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Creche/Escola <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Restaurante/Bar/Lanchonete <input type="checkbox"/> Festa <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Tratamento	54 UF _____		55 Município onde Ingeriu o Alimento suspeito _____		56 Número de Pessoas (comensais) que Consumiram o Alimento Suspeito _____	
	57 Tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assistência Ventilatória <input type="checkbox"/> Antibioticoterapia <input type="checkbox"/> Soro Antibotulínico <input type="checkbox"/> Outro: _____		58 Se Recebeu Soro Antibotulínico, Data da Administração _____			
	59 Se Recebeu Soro Antibotulínico, foi após a Coleta de Material Clínico? <input type="checkbox"/> 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 Líquor <input type="checkbox"/> 1 - Realizado 2 - Não Realizado		62 Data da Coleta _____		63 Número de células / mm ³ _____	
	64 Proteínas mg% _____					
Conclusão	Eletroneuromiografia					
	65 Eletroneuromiografia <input type="checkbox"/> 1 - Realizada 2 - Não Realizada		66 Data da Realização _____		67 Neurocondução Sensitiva <input type="checkbox"/> 1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações	
	68 Neurocondução Motora <input type="checkbox"/> 1 - Normal 2 - Diminuição de Amplitude 3 - Lentificações		69 Estimulação Repetitiva <input type="checkbox"/> 1 - Normal 2 - Decremento (freq baixa) 3 - Incremento (freq alta)			
	70 Classificação Final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado (especificar outro agente) _____		71 Critério de Confirmação / Descarte <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	72 Forma de Botulismo <input type="checkbox"/> 1 - Alimentar 2 - Intestinal 3 - Por ferimento 4 - Outra		73 Presença de Toxina Botulínica na Amostra: <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Bromatológica 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
74 Tipo de Toxina Isolada na Amostra <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
77 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 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 _____	
Botulismo		Sinan NET		SVS		08/06/2006

VISTORIA DO ENFERMEIRO: DATA _____ ASSINATURA _____