

Tipo de Botulismo ☐ Alimentario ☐ Herida ☐ Otro (Especifique) _____

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre completo _____
 Nacionalidad _____ RUT _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año) ____/____/____ Edad ____
 Dirección _____ Ciudad _____ Región ____
 Si no nació en Chile - Fecha de llegada a Chile ____/____/____ Teléfono de contacto _____
 Correo Electrónico _____ Nombre lugar de trabajo / Escuela _____
 Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre
 Embarazada ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Si es Sí, fecha estimada de parto ____/____/____
 Ocupación (lista en pág. 6) _____ Otro (Describa / especifique) _____

INFORMACIÓN CLÍNICA

Médico tratante Nombre _____
 Especialidad ☐ Infectólogo ☐ Neurólogo ☐ Otra (especifique) _____ Teléfono _____
Médico tratante Nombre _____
 Especialidad ☐ Infectólogo ☐ Neurólogo ☐ Otra (especifique) _____ Teléfono _____

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Sintomático ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Fecha de inicio (día/mes/año) ____/____/____ Hora de inicio (hora:min) ____ am pm
 Fecha de primeros síntomas Neurológicos (día/mes/año) ____/____/____ Fecha 1ª consulta (día/mes/año) ____/____/____

Signos y síntomas	Sí	No	Se desconoce	Signos y síntomas	Sí	No	Se desconoce
Náuseas				Cambios en sonidos de la voz			
Vómitos				Ronquido			
Dolor abdominal				Boca seca			
Diarrea				Disfagia (dificultad para tragar)			
Estreñimiento				Dificultad para respirar			
Visión doble / borrosa				Debilidad subjetiva			
Mareos				Fatiga			
Dificultad para hablar				Parestesia			
Lengua seca				Otros signos / síntomas (especifique) _____			

HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO

Observación	Sí	No	Se desconoce	Si es Sí, especifique _____
Alerta y orientado				
Parálisis extraocular				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Ptosis palpebral				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Anormalidad en pupila				Anomalía ☐ Dilatada ☐ Constreñida ☐ No reactiva
				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Parálisis facial				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Debilidad del paladar				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Alteración reflejo nauseoso				
Déficit sensorial				Especifique _____
Debilidad muscular/parálisis				¿Es bilateral? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Progresión de la debilidad/parálisis ☐ Ascendente, finalizando en los nervios craneales
☐ Descendente, comenzando en los nervios craneales
☐ Otro (especifique) _____

Observación	Sí	No	Se desconoce
Ataxia			
Reflejos tendinosos anormales			

Describe

Otros signos/síntomas (especifique)

EXAMEN DE FUERZA MUSCULAR

Extremidad superior proximal Derecha: ____/5 Izquierda: ____/5 Extremidad superior distal: Derecha: ____/5 Izquierda: ____/5
 Extremidad inferior proximal Derecha: ____/5 Izquierda: ____/5 Extremidad superior distal: Derecha: ____/5 Izquierda: ____/5
 Escala:
 0 = Sin evidencia de contractibilidad
 1 = Leve contractibilidad, sin movimiento
 2 = Rango de movimiento completo, sin gravedad
 3 = Rango de movimiento completo con gravedad
 4 = Rango de movimiento completo contra la gravedad, resistencia leve
 5 = Rango de movimiento completo contra la gravedad, total resistencia
 9 = Se desconoce

PRUEBAS CLÍNICAS

Tipo de prueba	Sí	No	Se desconoce
Punción lumbar			

Si es sí, especifique

Conteo glóbulos blancos (alto)

Proteína (más alta)

Conteo glóbulos rojos

Glucosa

Resultados

Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Electromiograma (EMG)			
-----------------------	--	--	--

☐ Sugestivo de/consistente con Botulismo

☐ No consistente con Botulismo

☐ Se desconoce

Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

¿El EMG se hizo con simulación rápida?

☐ Sí

☐ No

☐ Se desconoce

Si es sí, cuántos Hertz?

Describe los resultados

Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Describe los resultados

Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

ANTECEDENTES PREVIOS

Diagnóstico de Botulismo previo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, especifique la fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Impedimento neurológico previo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, describa el impedimento

Alergia a productos equinos ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, describa

Inmunocomprometido ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, especifique la condición

Otro (especifique)

¿EL PACIENTE USÓ ALGUNAS DROGAS QUE PUDIERAN CAUSAR PARÁLISIS MUSCULAR DENTRO DE 30 DÍAS ANTES DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD?

Myobloc (rimabotulinumtoxinB) ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Botox ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Aminoglicósido ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Anticolinérgico ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Gentamicina/Tobramicina ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Otro (especifique)

HOSPITALIZACIÓN

¿Previo al diagnóstico o sospecha Consultó el paciente un servicio de Urgencia?

☐ Sí

☐ No

☐ Se desconoce

¿Se hospitalizó? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, ¿cuántos días de hospitalización?

Si hubo alguna consulta en Urgencia u hospitalización relacionada a esta enfermedad, especifique

DETALLES DE HOSPITALIZACIÓN

1. Hospital	Fecha de ingreso (día/mes/año)	____ / ____ / ____	Ciudad	_____
	Fecha de alta / traslado (día/mes/año)	____ / ____ / ____	Región	_____
2. Hospital	Fecha de ingreso (día/mes/año)	____ / ____ / ____	Ciudad	_____
	Fecha de alta / traslado (día/mes/año)	____ / ____ / ____	Región	_____

TRATAMIENTO / ADMINISTRACIÓN

Uso de antitoxina / autorizada ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Fecha de uso antitoxina (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Hora uso de la antitoxina _____ Nombre del hospital/farmacia que recibió la Antitoxina _____

Recibió antitoxina de Botulismo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Tipo de antitoxina _____

Ingresado a UCI ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Intubado y con ventilación mecánica ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Fecha (día/mes/año) ____ / ____ / ____

DESENLACE

☐ Sobrevivió ☐ Falleció Fecha de muerte ____ / ____ / ____ ☐ Se desconoce

COMENTARIOS

INFORMACIÓN DE LABORATORIO**CLÍNICOS**

<i>Exámenes 1</i>	<i>Resultado</i> ☐ Sin toxinas de Botulismo detectadas ☐ Otras toxinas detectadas ☐ Aspirado Gástrico ☐ Prueba no realizada ☐ Toxina de Botulismo detectada ☐ Suero (pre-toxina) ☐ Muestra insuficiente o insatisfactoria ☐ Se desconoce ☐ Suero (post-toxina) <i>Tipo de Toxina detectada</i> ☐ Tipo A ☐ Tipo B ☐ Tipo ABE ☐ Tipo C ☐ Tipo D ☐ Tipo E ☐ Tipo G ☐ Sin grupo ☐ Desc ☐ Deposiciones <i>Fecha toma de muestra(día/mes/año)</i> ____ / ____ / ____
<i>Exámenes 2</i>	<i>Resultado</i> ☐ Sin toxinas de Botulismo detectadas ☐ Otras toxinas detectadas ☐ Aspirado Gástrico ☐ Prueba no realizada ☐ Toxina de Botulismo detectada ☐ Suero (pre-toxina) ☐ Muestra insuficiente o insatisfactoria ☐ Se desconoce ☐ Suero (post-toxina) <i>Tipo de Toxina detectada</i> ☐ Tipo A ☐ Tipo B ☐ Tipo ABE ☐ Tipo C ☐ Tipo D ☐ Tipo E ☐ Tipo G ☐ Sin grupo ☐ Desc ☐ Deposiciones <i>Fecha de toma de muestra (día/mes/año)</i> ____ / ____ / ____

MUESTRAS DE ALIMENTOS

☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Sin técnica implementada

Tipo de comida ítem 1

Comida _____

(especifique)

¿El paciente comió esta comida la semana previa al inicio de la enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ Desc

¿Alguien más comió esta comida la semana previa al inicio de la enfermedad? ☐ Sí ☐ No ☐ Desc

Resultados directos en pruebas a toxinas ☐ Sin toxinas botulínicas detectadas

☐ Toxinas botulínicas detectadas

☐ Otras o desconocidas toxinas detectadas

☐ Muestra insuficiente o insatisfactoria

☐ Prueba cancelada

☐ No está implementada la técnica

☐ Desc

Tipo de Toxina detectada

☐ Tipo A

☐ Tipo B

☐ Tipo ABE

☐ Tipo C

☐ Tipo D

☐ Tipo E

☐ Tipo F

☐ Tipo G

☐ Sin grupo

☐ Desc

Resultados de pruebas de Cultivo

☐ Sin organismos Clostridium aislados

☐ Organismo Clostridium butyricum aislado

☐ Organismo Clostridium Botulinum aislado

☐ Otras especies Clostridium

☐ Prueba cancelada

☐ Organismo Clostridium baratii aislado

☐ Muestra insuficiente o insatisfactoria

☐ Desc

Tipo de Toxina producida

☐ Tipo A

☐ Tipo B

☐ Tipo ABE

☐ Tipo C

☐ Tipo D

☐ Tipo E

☐ Tipo F

☐ Tipo G

☐ Sin grupo

☐ Desc

Por el organismo

Fecha toma de muestra (día/mes/año) ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Si la prueba post-antitoxina fue realizada y dio positiva, describa las circunstancias _____

¿Antitoxina adicional entregada? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**FACTORES DE RIESGO – HERIDAS Y USO DE DROGAS**

Herida / Uso de drogas	Sí	No	Se desconoce	Si es Sí, especifique
Herida o absceso				Fecha de herida
				/ / Ubicación
				Descripción
				Cómo ocurrió

Se infectó la herida ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Uso de drogas

Describe tipo de uso y drogas (inyectable/inhalable/otro) _____

Fecha de último uso (día/mes/año) ____ / ____ / ____

FACTORES DE RIESGO – PRODUCTOS DE ALTO RIESGO POTENCIAL

PREGUNTE SOBRE ALIMENTOS DE RIESGO AÚN CUANDO SE SOSPECHE DE BOTULISMO DE HERIDA
(TALES COMO ENLATADOS DE CASA O COMERCIALES O COMIDA DE RESTAURANTES)

Producto alimenticio	Sí	No	Se desconoce	Si es Sí, describa
Alimentos enlatados, envasados o preservados caseros				
Productos fermentados				
Productos de la pesca ahumados / secos				
Alimentos marinados				
Productos comerciales sospechosos (ej. Latas o tapas abultadas)				

FACTORES DE RIESGO – ÍTEMS ESPECÍFICOS DE ALIMENTOS

Alimento sospechoso Nº1 Alimento _____ Fecha de consumo ____ / ____ / ____ Hora de consumo _____

Tipo de alimento ☐ Hecho en casa ☐ De restaurante ☐ Producto comercial ☐ Se desconoce

Si es producto comercial, especifique Marca _____ Lote _____

¿Cómo se conservó el alimento? ☐ Sin refrigeración ☐ Refrigerado ☐ Congelado ☐ Desc ☐ Otro _____

¿Cómo se preservó el alimento? ☐ Enlatado ☐ Seco ☐ Fermentado ☐ Salado ☐ Condimentado

☐ Sin método de preservación ☐ Se desconoce ☐ Otro _____

¿Cómo se sirvió el alimento? ☐ Frío ☐ Tibio ☐ Microondas ☐ Caliente

☐ Hervido ☐ Frito ☐ Se desconoce ☐ Otro _____

Nº de personas que compartieron este alimento _____ Nº de personas enfermas _____

Muestras de alimento disponibles ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Sin técnica implementada

Muestras sometidas a pruebas por Botulismo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Alimentos del mismo lote / lote recuperado ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Alimento sospechoso Nº2 Alimento _____ Fecha de consumo ____ / ____ / ____ Hora de consumo _____

Tipo de alimento ☐ Hecho en casa ☐ De restaurante ☐ Producto comercial ☐ Se desconoce

Si es producto comercial, especifique Marca _____ Lote _____

¿Cómo se conservó el alimento? ☐ Sin refrigeración ☐ Refrigerado ☐ Congelado ☐ Desc ☐ Otro _____

¿Cómo se preservó el alimento? ☐ Enlatado ☐ Seco ☐ Fermentado ☐ Salado ☐ Condimentado

☐ Sin método de preservación ☐ Se desconoce ☐ Otro _____

¿Cómo se sirvió el alimento? ☐ Frío ☐ Tibio ☐ Microondas ☐ Caliente

☐ Hervido ☐ Frito ☐ Se desconoce ☐ Otro _____

Nº de personas que compartieron este alimento _____ Nº de personas enfermas _____

Muestras de alimento disponibles ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ Sin técnica implementada

Muestras sometidas a pruebas por Botulismo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Alimentos del mismo lote / lote recuperado ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

FACTORES DE RIESGO – OTRAS POTENCIALES EXPOSICIONES DE INTERÉS

Exposición Nº 1 _____ Describa _____

Exposición Nº 2 _____ Describa _____

HISTORIA DE VIAJE (PERÍODO DE INCUBACIÓN 07 DÍAS PREVIOS A LA FECHA INICIO DE SÍNTOMAS)

¿El paciente viajó fuera del país de residencia durante el período de incubación? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Si es Sí, especifique todas las ubicaciones y fechas

Ubicación (ciudad, estado, país)	Fecha de inicio de viaje (dd/mm/aaaa)	Fecha de finalización de viaje (dd/mm/aaaa)

CONTACTOS – OTRAS PERSONAS ENFERMAS

¿Algunos contactos con enfermedad similar? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Si es Sí, especifique los detalles

CONTACTOS ENFERMOS - DETALLES

Nombre Nº 1	Edad _____	Género _____	Teléfono _____	Parentesco _____
	Fecha de contacto ____ / ____ / ____		Ciudad _____	Región _____
Nombre Nº 2	Edad _____	Género _____	Teléfono _____	Parentesco _____
	Fecha de contacto ____ / ____ / ____		Ciudad _____	Región _____

PERSONAL QUE REALIZA LA INVESTIGACIÓN

Nombre _____ Región _____ Fecha de notificación a la SEREMI (día/mes/año) ____ / ____ / ____

Reportado por ☐ Clínica ☐ Laboratorio ☐ Otro (especifique) _____

CLASIFICACIÓN DEL CASO

☐ Confirmado ☐ Probable ☐ Sospechoso

BROTE

¿Este caso es parte de un brote conocido? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

LUGAR DE TRABAJO

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Institución penitenciaria • Centro de rehabilitación de drogas • Establecimiento educacional • Establecimiento expendio y/o preparación de alimentos • Institución de cuidados de salud – agudos • Institución de cuidados de salud – residenciales • Institución de cuidados de salud – otros | <ul style="list-style-type: none"> • Refugio a personas de la calle • Laboratorio • Instalación Militar • Otra instalación residencial • Lugar religioso • Otros • |
|--|---|

EMPLEO

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Actor / actriz • Agricultura – Granjero (cosecha, vivero, invernadero) • Agricultura – Trabajador del campo • Agricultura • Agricultura – otro / Se desconoce • Animal – Trabajador de control animal • Animal – Granjero u obrero (granja o rancho de animales) • Animal – Veterinario u otro trabajador en salud animal • Animal – Otro / Se desconoce • Oficinista, vendedor • Empleado de Institución penitenciaria • Preso en Institución penitenciaria • Artesano, Capataz u Operativo • Asistente de cuidado de niños • Trabajador de cuidado de niños • Dentista u otro trabajador del área de salud dental • Traficante de drogas • Auxiliar de vuelo • Servicio de comida – Cocinero o preparador de alimentos • Servicio de comida – Mesero / Mesonera • Servicio de comida – Otro / Se desconoce • Dueña de casa • Tecnólogo de laboratorio • Gerente o Propietario • Manicurista o Pedicurista • Medicina – Técnico o Paramédico • Medicina – Trabajador de la salud | <ul style="list-style-type: none"> • Medicina – Asistente médico • Medicina – Farmacéutico • Medicina – Enfermero (a) y/o matró (a) • Medicina – Médico • Medicina – Otro / Se desconoce • Militar • Carabinero • Profesional, Técnico • Jubilado • Trabajador(a) sexual • Estudiante – Preescolar o jardín infantil • Estudiante – Básica • Estudiante – Media • Estudiante – Universidad • Estudiante – Otro / Se desconoce • Profesor / empleado – Preescolar o jardín infantil • Profesor / empleado – Escuela básica • Profesor / empleado – Media • Profesor / instructor / empleado – Universidad • Profesor / instructor / empleado – Otro / Se desconoce • Cesante – Buscando empleo • Cesante – No busca de empleo • Cesante – Otro / Se desconoce • Otro • Se desconoce • Empleado(a) de casa particular • Obrero |
|---|---|