

BOTULISMO INFANTIL

Caso ☐ Confirmado ☐ Probable ☐ Sospechoso ☐ Descartado

Nombre Entrevistador _____ Región _____ Fecha entrevista ____ / ____ / ____

CASO

Nombre completo _____ RUT _____ Edad _____
Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Dirección _____ Ciudad _____ Región _____
Madre / Padre / Tutor _____ Teléfono _____

EVENTO

Fecha de Diagnóstico ____ / ____ / ____
Resultado del evento ☐ Sobreviviente a esta enfermedad ☐ Fallecido por esta enfermedad
☐ Muerte no relacionada a esta enfermedad ☐ Se desconoce
Relacionado a brote ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Probablemente adquirido en ☐ Región _____ ☐ Extranjero _____

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Nombre Laboratorio _____ Fecha toma de muestra ____ / ____ / ____ Fecha de recepción ____ / ____ / ____
Tipo de muestra (sangre, deposiciones, otro) _____
Tipo de Resultado ☐ Preliminar ☐ Final Fecha de resultado ____ / ____ / ____
Resultado ☐ Positivo ☐ Negativo ☐ Otro ☐ Se desconoce _____

HOSPITALIZACIÓN

Hospitalizado (a) ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Hospital _____
Aislado al ingreso ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Tipo de aislamiento _____
Fecha de ingreso ____ / ____ / ____ Fecha de alta ____ / ____ / ____ Días hospitalizado (a) _____
Actualmente aislado ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Tipo de aislamiento actual _____

OTRA INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Edad del Padre _____ Educación ☐ Educación básica ☐ Media ☐ Técnico
☐ Universitaria ☐ Se desconoce
Ocupación _____
Edad de la Madre _____ Educación ☐ Educación básica ☐ Media ☐ Técnico
☐ Universitaria ☐ Se desconoce
Nº de hijos _____
Ocupación _____
Este hijo: Complicaciones ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Describe las complicaciones _____
¿Prematuro? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce
Edad Gestacional (semanas) _____ Peso al nacer _____ (Kg/gramos)

INFORMACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Entrevista	Padre	Madre	Otro				
Presentó alguno de los siguientes síntomas							
Estreñimiento	Día de aparición	/ /	Primer síntoma	Llanto alterado	Fiebre		
Problemas en la alimentación	Día de aparición	/ /	Frío	Debilidad General	Estreñimiento		
Llanto alterado	Día de aparición	/ /	Problemas en la alimentación	Diarrea			
Mal control de la cabeza	Día de aparición	/ /	Mal control de la cabeza				
Debilidad general	Día de aparición	/ /	Segundo síntoma	Llanto alterado	Fiebre		
			Frío	Debilidad General	Estreñimiento		
			Problemas en la alimentación	Diarrea			
Normalmente su frecuencia de deposiciones			Mal control de la cabeza				
☐	2 o más por día	☐	2 - 3 veces por semana				
☐	1 por día	☐	1 por semana				
☐	Cualquier día	☐	Menos de 1 por semana				
¿Previo a este evento, visitó un centro asistencial?			☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce		
Fechas visitadas		/ /	/ /	Nombre del o los establecimientos			

OTROS HALLAZGOS DE LABORATORIO

¿Muestras tomadas a comida, medicamentos o entorno ambiental? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce ☐ No está implementada la técnica

TRATAMIENTO

Para la enfermedad, ha requerido alguno de los siguientes tratamientos?

Oxígeno	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce	Nº de días	_____
Traqueotomía	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce	Nº de días	_____
Ventilación mecánica	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce	Nº de días	_____
Intubación	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce	Nº de días	_____
Sonda de alimentación	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce	Nº de días	_____
¿Se indicó Inmunoglobulina para Botulismo?	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce		
¿Se indicó otro medicamento?	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce		

Mencione los medicamentos

LÍNEA DE TIEMPO DE LA INFECCIÓN

	PERÍODO DE EXPOSICIÓN	Inicio Síntomas	PERÍODO DE TRANSMISIÓN	Fecha Diagnóstico
Introduzca la fecha de inicio de síntomas en el cuadro de línea oscura. Introduzca las fechas de inicio del periodo de exposición y el inicio y el final del periodo transmisible.	El periodo de incubación para Botulismo Infantil es desconocido		No hay casos documentados de transmisión de persona a persona	

FACTORES DE RIESGO / VIAJE

Tipo de alimentación ☐ Lactancia materna exclusivamente ☐ Lactancia materna la mayoría de las veces ☐ Ambos igualmente
☐ Exclusivamente fórmula ☐ Fórmula la mayoría de las veces ☐ Comida sólida

Uso del chupete ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Frecuencia ☐ Frecuentemente ☐ Algunas veces ☐ Rara vez

Uso de Chupete con aditivo ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Sustancia: ☐ Miel ☐ Otro _____

Cambios ambientales antes del inicio de síntomas ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Describe los cambios
ambientales _____

Trabajos de jardinería cerca del lactante antes de la fecha de inicio de síntomas ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Describe los trabajos _____

Lactante fuera de su hogar por más de una semana, previo al inicio de síntomas ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Describe las circunstancias _____

INFORMACIÓN ALIMENTARIA

Fórmula infantil ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Leche de Vaca ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Tipo _____

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Productos de la leche de la vaca (queso, crema batida, etc.) ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Tipo _____

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Jugo de fruta ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Tipo _____

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Cereal ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Tipo _____

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Pan ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

☐ Una / pocas veces

Tipo _____

Frecuencia ☐ Muchas veces

Marca / Panadería _____

☐ Diario / la mayoría de los días

Miel	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Azúcar	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Té	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Frutos cocidos	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Frutos crudos	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Vegetales cocidos	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Vegetales crudos	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Comida casera enlatada	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Comida de bebés	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		
Agua de Hierbas	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce
	☐ Una / pocas veces	Tipo	_____
Frecuencia	☐ Muchas veces	Marca	_____
	☐ Diario / la mayoría de los días		

OBSERVACIONES