**QUESTIONARIO PER CASO DI BOTULISMO**

Allegato 2a

**Data intervistaNome intervistatore**

Provenienza della notifica****Data****

**DATI ANAGRAFICI DEL CASO**

Nome e cognome del caso****Tel****

Data di nascita**** Luogo di nascita****Età****

Indirizzo**** Città**** CAP ****

Recapito/i telefonico/i****Professione ****

Medico curante****.Tel.medico****

Persona intervistata Nome e Cognome 

  Nome e Cognome 

***in soggetti di età inferiore ad 1 anno compilare l’apposita scheda di sorveglianza del botulismo infantile (vedi allegati ISS)***

**SINTOMATOLOGIA**

Data insorgenza dei sintomi ****Ora****Luogo di insorgenza ****

Sintomi ancora in corso ?Data di fine sintomi ****

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SINTOMO/SEGNO | SI | DATA | SINTOMO/SEGNO | SI | DATA |
| Nausea |  |  | secchezza delle fauci |  |  |
| Vomito |  |  | difficoltà di parola |  |  |
| Diarrea |  |  | stipsi |  |  |
| Febbre |  |  | ritenzione urinaria |  |  |
| Gonfiore addominale |  |  | disturbi sensitivi |  |  |
| Marcata astenia |  |  | alterazioni dello stato di coscienza |  |  |
| Diplopia |  |  | disturbi dell’equilibrio |  |  |
| Midriasi |  |  | insufficienza respiratoria |  |  |
| Altri disturbi visivi *(visione confusa, strabismo, ptosi palpebrale)* |  |  | alti segni neurologici o muscolari |  |  |
| difficoltà di deglutizione |  |  | coma |  |  |
| Altri sintomi |  |
|  |

Data di primo accesso alle cure mediche****Data di ricovero ****

Reparto di ricovero ****

E’ stata eseguita elettromiografia? Esito ****

E ‘stato impiegato siero antibotulinico Data di impiego ****

**ESITI DI LABORATORIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAMPIONE** | **TOSSINA BOTULINICA** | **CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINA** |
| Siero | ASSENTE | PRESENTE | *Ricerca non pertinente* |
| Feci | ASSENTE | PRESENTE | ASSENTE | PRESENTE |
| Tamponi rettali | *Ricerca non pertinente* | ASSENTE | PRESENTE |
| Lavaggio ampolla rettale | ASSENTE | PRESENTE | ASSENTE | PRESENTE |
| Contenuto gastrico e vomito | ASSENTE | PRESENTE | ASSENTE | PRESENTE |
| Altro materiale *(definire)* | ASSENTE | PRESENTE | ASSENTE | PRESENTE |

Laboratorio che ha effettuato l’analisi****Tel****

**INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA**

Qualcuno della sua famiglia o suoi conoscenti con cui ha consumato pasti comuni ha mostrato gli stessi o alcuni dei suoi sintomi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Recapito(Tel e/o indirizzo) | Data e luogo/nome dell’esercizio pubblico |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***(se sono presenti altre persone con gli stessi sintomi e con consumo comune di pasti compilare per ognuno l’Allegato 8 “Scheda per partecipante a pasto sospetto”)***

**ALTRE DOMANDE per altre forme di Botulismo (*da ferita, iatrogeno. intestinale dell’adulto*)**

Negli ultimi 14 giorni si è ferito o ha avuto un ascesso? Data della lesione****

Descrizione della lesione ****Come si è verificata?****

Negli ultimi 14 giorni ha assunto droghe ?Che tipo di droghe?****

Presenta difetti anatomici del tratto intestinale/alterazioni della microflora endogena, causate da antibiotici a largo spettro somministrati in caso di malattia intestinale infiammatoria/intervento chirurgico?



INDAGINE ALIMENTARE

Ha consumato questi alimenti negli 8 giorni precedenti l’insorgenza dei sintomi?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTO** |  | **Produzione domestica** | **Acquistato** | **Acquistato sfuso o confezionato e MARCA se confezionato** | **Se cotto tempi e modalità di cottura** | **Luogo e data di acquisto \*** | **Luogo e data di consumo \*** | **Modalità di conservazione** **(TA, in frigorifero, in congelatore)** |
| **Marmellata**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Miele** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vegetali sott’olio** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Che tipo di vegetali? |  |
| **Vegetali sott’aceto**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Che tipo di vegetali? |  |
| **Vegetali in salamoia?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Che tipo di vegetali? |  |
| **Pesce in scatola o confezionato/ affumicato?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Carne in scatola o confezionata** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alimenti in confezioni sottovuoto** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Che tipo di alimento? |  |
| **Salse (pesto, maionese, ketchup etc)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALIMENTO** | **NO** | **Produzione domestica** | **Acquistato** | **Acquistato sfuso o confezionato e MARCA se confezionato** | **Se cotto tempi e modalità di cottura** | **Luogo e data di acquisto \*** | **Luogo e data di consumo \*** | **modalità di conservazione** **(TA, in frigorifero, in congelatore)** |
| **Salumi di produzione industriale, artigianale, privata?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Che tipo di salumi? |
| Nome e indirizzo del produttore |
| **Paté di carne o di pesce?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Succhi o frullati di frutta o di verdure?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mascarpone o formaggi conservati in olio?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Alimenti macrobiotici?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Zuppe pronte?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Antipasti pronti?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Insalate di carne?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Altri alimenti refrigerati a lunga conservazione** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Quali?** |  |
|  |
| **Altri alimenti consumati?** |

*(\* se prodotto commerciale acquistato o se alimento consumato in esercizio pubblico indicare denominazione e indirizzo del luogo di acquisto e/o consumo)*

Descriva le modalità di produzione degli alimenti sopra elencati che ha preparato autonomamente



Ha notato gonfiori o modifiche della forma dei contenitori degli alimenti elencati sopra?

Di quali alimenti****

Al momento dell’apertura dei contenitori ha notato la fuoriuscita di gas o la presenza di bolle? 

In quali alimenti? ****

Ha percepito cattivi odori all’apertura dei contenitori degli alimenti? 

Di quali alimenti? ****

ALTRE INFORMAZIONI EMERSE DALL’INTERVISTA

****

CONCLUSIONI E AZIONI





 Data ****



**ALIMENTO SOSPETTO / CONSUMI A RISCHIO**

****

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scheda compilata da |  | Qualifica |  |
| Data |  | Medico coordinatore |  |
| Consegnata a |  | Data |  |