**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

Salud y Políticas Sociales

**Viceconsejería de Salud y Políticas Sociosanitarias**

Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados

**NOTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE BOTULISMO**

**Enviar a** [**epidemiologia.alertas@larioja.org**](mailto:epidemiologia.alertas@larioja.org)

**Teléfono 941291976**

**DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN**

**Fecha de declaración del caso:**      /     /

**Persona que declara el caso:**

**Centro de trabajo:**      **Teléfono:**

**Municipio:**      **Provincia:**

**DATOS DEL PACIENTE**

**Nombre y apellidos:**

**Domicilio:**       **Teléfono:**

**Municipio residencia**:       **Provincia residencia:**

**Comunidad Autónoma de residencia:**      **País residencia:**

**Fecha de Nacimiento**:      /     /      **Edad en años:** **Edad en meses en menores de 2 años:**

**Sexo: Hombre**  **Mujer**  **Desconocido**

**País de nacimiento:**      **Año de llegada a España:**

(País en el que ha nacido o del que procede)

**Ocupación**     **Centro de Estudio (aula)/ Trabajo**

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

**Fecha del caso[[1]](#footnote-1):**      -     -

**Fecha de inicio de síntomas:**      -     -

**Tratamiento específico** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Administración de antitoxina botulínica: Equina

Administración de antitoxina botulínica: Humana

Administración de antitoxina sin especificar

**Tratamiento anterior a la toma de muestra:**  Sí  No

**Hospitalizado[[2]](#footnote-2):**Sí  No

**Defunción:**Sí No

**Lugar del caso**[[3]](#footnote-3)**:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**     **Municipio**:

**Importado**[[4]](#footnote-4)**:** Sí  No

**DATOS DE LABORATORIO**

**Fecha de diagnóstico de laboratorio:**      -     -

**Agente causal[[5]](#footnote-5)** (marcar una de las siguientes opciones):

*Clostridium baratti*

*Clostridium botulinum*

*Clostridium butyricum*

**Toxina**  (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Toxina botulínica A  Toxina botulínica B

Toxina botulínica E  Toxina botulínica F

Toxina, sin especificar

**Tipo de Muestra** (marcar las muestras en las que el resultado sea positivo):

Aspirado gástrico  Muestra normalmente estéril, sin especificar

Heces  Muestras no estériles, sin especificar

Herida  Suero

**Prueba** (marcar las que tengan resultado positivo):

Aislamiento

Detección toxina (PCR)  Detección toxina (bioensayo en ratón)

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

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

**DATOS DEL RIESGO**

**Exposición** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

Consumo de alimento sospechoso (excepto Agua de bebida)

Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)

Laboratorio

Otra exposición

**Alimento sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

Vegetales

Mixtos o buffet

Otros alimentos, excluyendo agua **Especificar Alimento:**

**Alimento consumido, más detalles** (marcar una de las siguientes opciones):

Alimento en conserva

**Tipo de comercialización del alimento:**

No comercializado

Venta de alimento artesanal

Venta de alimento industrial

**Fecha de consumo alimento:**      -     -

**Tipo de confirmación del Alimento[[6]](#footnote-6)** (marcar una de las siguientes opciones):

Por evidencia epidemiológica

Por evidencia de laboratorio

Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Alimento, agente causal**[[7]](#footnote-7)(marcar una de las siguientes opciones):

*Clostridium baratti*

*Clostridium botulinum*

*Clostridium butyricum*

**Alimento, toxina** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Toxina botulínica A  Toxina botulínica B

Toxina botulínica E  Toxina botulínica F

Toxina, sin especificar

**Ámbito de exposición** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Transporte**  Autobús  Avión  Barco  Tren  Transporte sin especificar  **Comedor colectivo**  Escuela Infantil  Escuela  Instalación docente > 18 años  Hotel  Restaurante/Bar  Otro comedor colectivo  **Familiar**  Hogar  Camping | **Instituciones cerradas**  Geriátrico  Prisión o Custodia  Hospital  Instalación sanitaria (excepto hospital)  Institución para deficientes psíquicos  Otra institución cerrada  **Otros ámbitos**  Granja  Instalación militar  Zona específica  Campamento  Laboratorio  Otro ámbito, sin especificar |

**Datos de viaje:**

**Viaje durante el periodo de incubación:** Sí  No

**Lugar del viaje:**

**País:**       **C. Autónoma**:

**Provincia:**       **Municipio**:

**Fecha de ida**:      -     -

**Fecha de vuelta**:      -     -

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones)**:**

Sospechoso

Probable

Confirmado

**Criterios de clasificación de caso**:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

**Categoría diagnóstica** (marcar una de las siguientes opciones):

Botulismo alimentario

Botulismo por heridas

Botulismo intestinal

Botulismo sin especificar

**Asociado:**

A brote: Sí  No

Identificador del brote:

C. Autónoma de declaración del brote[[8]](#footnote-8):

**OBSERVACIONES [[9]](#footnote-9)**

1. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital. [↑](#footnote-ref-2)
3. Lugar del caso (país, CA, prov, mun): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en caso de enfermedad alimentaria se considerará el lugar origen del alimento y en el resto en general se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso. [↑](#footnote-ref-3)
4. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España. [↑](#footnote-ref-4)
5. Agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente**.** [↑](#footnote-ref-5)
6. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección [↑](#footnote-ref-6)
7. Alimento,agente causal: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento**.** [↑](#footnote-ref-7)
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote [↑](#footnote-ref-8)
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta [↑](#footnote-ref-9)