



## DATI CLINICI

### SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> DISFAGIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> SECCHENZA DELLE FAUCI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> STIPSI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> MIDRIASI      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA      gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> VOMITO      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> DIARREA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> COMA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> ALTRO      gg / mm / aa
--	--

### DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA      gg / mm / aa <input type="checkbox"/> ALTRI      gg / mm / aa	Referto _____ Referto _____
---	--------------------------------

### DECORSO

DATA DI RICOVERO      gg / mm / aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO      Sì     NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE \_\_\_\_/\_\_\_\_

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? \_\_\_\_\_

ALTRE TERAPIE    Sì     NO

SE SÌ QUALI \_\_\_\_\_

## INDAGINI DI LABORATORIO

### RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

### RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____			Risultato	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° TELEFONICO \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA DEL COMPILATORE \_\_\_\_\_

La scheda va compilata in **stampatello** in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. <b>Fax 06.5994.3096</b> <b>e-mail: <a href="mailto:malinf@sanita.it">malinf@sanita.it</a></b>	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione <b>Fax 06.5994.3598</b> <b>e-mail: <a href="mailto:dav.allerta@sanita.it">dav.allerta@sanita.it</a></b>	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 <b>e-mail: <a href="mailto:outbreak@iss.it">outbreak@iss.it</a></b>	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: <a href="mailto:cnr.botulismo@iss.it">cnr.botulismo@iss.it</a>
---	---	--	--