

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"/> SECCHIZZA 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. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerta@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	---	--	--