Departamento de Epidemiología
Ministerio de Salud
Mac Iver 541, Santiago, Chile

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

Nº de hijos _____ ☐ Universitaria ☐ Se desconoce

Ocupación _____

Este hijo: Complicaciones ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Describa 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		
Traqueotomía	☐ Sí	☐ No	☐ Se desconoce		
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 período de exposición y el inicio y el final del período transmisible.

El período 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

Describa los cambios ambientales _____

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

Describa los trabajos _____

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

Describa las circunstancias _____

INFORMACIÓN ALIMENTARIA

Fórmula infantil ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Marca _____

Leche de Vaca ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

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

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Jugo de fruta ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Cereal ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Pan ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia ☐ Una / pocas veces ☐ Muchas veces ☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca / Panadería _____

Miel ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Azúcar ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Té ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Frutos cocidos ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Frutos crudos ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Vegetales cocidos ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Vegetales crudos ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Comida casera enlatada ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Comida de bebés ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

Agua de Hierbas ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce

Frecuencia
☐ Una / pocas veces
☐ Muchas veces
☐ Diario / la mayoría de los días

Tipo _____

Marca _____

OBSERVACIONES