☐ ALIMENTARE
☐ INFANTILE
☐ *DA FERITA*

Regione _____ ☐☐☐ Provincia _____ ☐☐☐

Comune _____ ☐☐☐☐ ASL _____ ☐☐☐

ENTE OSPEDALIERO _____ REPARTO _____

INDIRIZZO _____

- DATI ANAGRAFICI -

Cognome _____ Nome _____ Sesso ☐M ☐F

_____

Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)

_____

Domicilio abituale

_____

Occupazione

Età compiuta all'inizio della malattia:

< 1 anno. Da 00 a 11 mesi ☐☐ ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni ☐☐ > indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: ☐☐ ☐☐ ☐☐ Comune inizio primi sintomi _____

gg mm aa

- FONTE DI CONTAGIO -

ALIMENTO SOSPETTO _____

☐ DI PRODUZIONE INDUSTRIALE ☐ DI PRODUZIONE CASALINGA

E' DI CONSUMO ABITUALE ? SI ☐ NO ☐

NEL CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE □ PRIMA DEL CONSUMO ? SI ☐ NO ☐

I CARATTERI ORGANOLETTICI ERANO ALTERATI? SI ☐ NO ☐

INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA DELLA COMPARSA DEI SINTOMI ? ORE ☐☐

ALTRO ALIMENTO SOSPETTO: _____

SPECIFICARE

- ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO -

TOTALE N° ☐☐☐

PERSONE CON SINTOMI N° ☐☐☐

- DATI CLINICI -

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi presenti)

☐ DIPLOPIA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ NAUSEA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa
☐ DISFAGIA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ VOMITO	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa
☐ SECCHEZZA DELLE FAUCI	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ DIARREA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa
☐ STIPSI	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa
☐ MIDRIASI	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ COMA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa
☐ RITENZIONE URINARIA	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa	☐ ALTRI	☐☐☐☐☐☐ gg mm aa

DIAGNIOSI STRUMENTALE

☐ ELETTROMIOGRAFICA ☐☐☐☐☐☐ gg mm aa Referto:_____

☐ ALTRI ☐☐☐☐☐☐ gg mm aa Referto:_____

DECORSO

DATA DI RICOVERO ☐☐☐☐☐☐ gg mm aa

E' STATO IMPIEGATO SIERO ANTIBOTULINICO ? SI ☐ NO ☐ SE SI QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO ? ore ☐☐

QUANTE UNITA' ☐☐☐☐☐☐☐☐

ALTRE TERAPIE ? SI ☐ NO ☐

SE SI QUALI ?_____

RICERCA DELLA TOSSINA

ESEGUITA SU:

SIERO	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
FECI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
REPERTI AUTOPTICI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
ALIMENTI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____

RICERCA DI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINA

ESEGUITA SU:

FECI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
REPERTI AUTOPTICI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
ALIMENTI	SI ☐	NO ☐	Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____
ALTRO_____ *SPECIFICARE*			Risultato	Pos ☐	Neg ☐	Tipo_____

LABORATORIO CHE HA EFFETTUATO L'ANALISI_____

INDIRIZZO_____ N° TELEFONICO_____

DATA DI COMPILAZIONE ☐☐☐☐☐☐ FIRMA DEL COMPILATORE_____