

**BOTULISMO**  
**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**  
**FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET**

**CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.

**CAMPO ESSENCIAL** é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO CHAVE.**

1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
3. Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente. OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuzo, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.
18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.

19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Informar data de início da investigação. Informar a data da 1ª visita ao paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
33. Data do 1º atendimento do paciente em unidade de saúde ou hospital. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Informar o número total de atendimentos médicos até a suspeita clínica de botulismo. Caso não tenha tido atendimento médico, informar 0 (zero) atendimentos. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Informar a data da suspeita clínica (data em que o profissional da saúde levantou a hipótese de botulismo). **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Informar se o paciente foi internado/hospitalizado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
37. Informar data da internação/hospitalização. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Informar data em que o paciente teve alta hospitalar. Quando houver óbito, preencher essa variável com a data do óbito. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Informar a sigla da UF onde o paciente foi internado. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Informar o nome e código do município onde o paciente foi internado. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Informar o nome e código do Hospital onde o paciente foi internado.
42. Informar se o paciente apresentou ou não cada um dos sinais/sintomas (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** para os seguintes sinais/sintomas: febre, cefaléia, disartria, disfonia, disfagia, ferimento, flacidez de pescoço, dispnéia, insuficiência respiratória e insuficiência cardíaca.  
Se apresentou **parestesia**, informar a região do corpo  
Se apresentou sinal/sintoma não listado, especificar em **Outros**
43. Informar se o paciente apresentou ou não cada um dos sinais/sintoma pesquisados no **exame neurológico** (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** para os seguintes sinais/sintomas: ptose palpebral, fraqueza em membros superiores e inferiores, fraqueza descendente e simétrica.
44. Informar os reflexos neurológicos do paciente (1= normais, 2= aumentados, 3= reduzidos/ausentes ou 9= ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
45. Informar se o caso de botulismo é de suspeita de origem alimentar (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

46. Informar o alimento suspeito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente quando o campo 45 = 1 (sim)
47. **Informar tipo de produção do alimento suspeito.**  
Informar se o alimento suspeito é comercializado e/ou produzido em indústria alimentícia (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente quando o campo 45 = 1 (sim) ou  
Informar se o alimento é produzido de forma artesanal. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente se campo 45 = 1 (sim)
48. Informar o nome comercial, nome da empresa produtora, data de validade e lote do alimento industrial suspeito. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Informar se o paciente ingeriu o alimento suspeito somente uma vez (exposição única) ou se ingeriu mais de uma vez (múltipla). **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Se a exposição ao alimento suspeito for única, informar o tempo (em horas) decorrido entre ingestão do alimento suspeito e início dos sintomas. Ex.: Hora da ingestão – Hora início dos sintomas. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Se a exposição ao alimento suspeito for múltipla, informar o tempo decorrido entre a 1ª ingestão do alimento suspeito e início dos sintomas. Ex.: Hora da 1ª ingestão – Hora início dos sintomas. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Se a exposição ao alimento suspeito for múltipla, informar o tempo decorrido entre a última ingestão do alimento suspeito e início dos sintomas. Ex.: Hora da última ingestão – Hora início dos sintomas. **CAMPO ESSENCIAL** somente quando o campo 49=2.
53. Informar local de ingestão do alimento suspeito. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 = 1 (sim). Quando o alimento for ingerido em festa realizada em residência, informar como FESTA. Se a residência também for ambiente de trabalho, informar como TRABALHO.  
Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em creche ou escola. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 = 1 (sim).  
Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi no trabalho. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 = 1 (sim).  
Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em restaurante, bar e/ou lanchonete. Quando o alimento suspeito for ingerido em festa em restaurante, bar, lanchonete, buffet, informar como RESTAURANTE. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 = 1 (sim).  
Informar se o local da ingestão do alimento suspeito foi em uma festa. Alternativa válida para qualquer comemoração, mesmo que esta ocorrer em residência, restaurante, bar, lanchonete, buffet, refeitório e similares. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 45 = 1 (sim).  
Caso a ingestão do alimento suspeito não se enquadre em nenhuma das alternativas anteriores, marcar “Outro”.
54. Informar a Unidade Federada da ingestão do alimento suspeito. **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Informar o Município da ingestão do alimento suspeito e código do IBGE.
56. Informar o número de pessoas que ingeriram o alimento suspeito de ter causado botulismo. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Informar se o paciente necessitou de assistência ventilatória (ventilação mecânica) (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Informar se o paciente foi tratado com antibiótico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Informar se o paciente foi tratado com soro antibotulínico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Informar se o paciente necessitou fazer outro tipo de tratamento. Habilitado somente se o campo 57= 1.  
Descrever outro tipo de tratamento feito no paciente (ex. traqueostomia)
58. Informar data da administração do soro antibotulínico. Preencher somente para o caso que tenha sido tratado com soro antibotulínico. (1= sim, 2= não ou 9= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 57= 1.
59. Caso o paciente tenha sido tratado com soro antibotulínico, informar se a administração do soro foi posterior à coleta de material clínico do paciente. A coleta de amostras clínicas deve acontecer antes da administração do soro antibotulínico. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 57= 1.
60. Informar os seguintes dados sobre pesquisa de toxina botulínica:  
Informar se foi coletado soro do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**  
Informar a data da coleta do soro do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente quando o campo “Material Coletado Soro” = 1

Informar o resultado da análise do soro do paciente (1=presença de toxina botulínica e 2 = ausência de toxina botulínica). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente quando o campo “Material Coletado Soro” = 1

Se houver presença de toxina no soro, informar o tipo de toxina botulínica (A, B, AB, E, F, G, outra, Ign)

Informar se foi coletado fezes do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**

Informar a data da coleta das fezes do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** somente quando o campo “Material Coletado Fezes” = 1.

Informar o resultado da análise das fezes do paciente (1=presença de toxina botulínica e 2 = ausência de toxina botulínica). **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Fezes”= 1.

Se houver presença de toxina nas fezes, informar o tipo de toxina botulínica (A, B, AB, E, F, G, outra, Ign). **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Fezes”= 1.

Informar se foi coletado alimento suspeito 1 para análise. **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Alimento” = 1.

Especificar alimento suspeito 1 encaminhado para análise.

Informar a data da coleta do alimento 1. **CAMPO OBRIGATÓRIO**, somente quando o campo “Material Coletado Alimento” = 1.

Informar o resultado da análise do alimento 1 (1=presença de toxina botulínica e 2 = ausência de toxina botulínica). **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Alimento” = 1.

Se houver presença de toxina no alimento 1, informar o tipo de toxina botulínica (A, B, AB, E, F, G, outra, Ign). **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Alimento” = 1.

Informar se foi coletado alimento suspeito 2 para análise. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo “Material Coletado Alimento 2” = 1.

Especificar alimento suspeito 2 encaminhado para análise.

Informar a data da coleta do alimento 2. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo “Material Coletado Alimento 2” = 1.

Informar o resultado da análise do alimento 2 (1=presença de toxina botulínica e 2 = ausência de toxina botulínica). **CAMPO ESSENCIAL**, somente quando o campo “Material Coletado Alimento 2”= 1.

Se houver presença de toxina no alimento 2, informar o tipo de toxina botulínica (A, B, AB, E, F, G, outra, Ign)

Informar e especificar se houve coleta de outro alimento ou material clínico para pesquisa de toxina botulínica ou presença de esporos de Clostridium botulinum (ex. lavado intestinal, lavado gástrico, vísceras, tecido de feridas). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo “Material Coletado Alimento 2” = 1.

Especificar o material coletado. **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo “Material Coletado Outros”= 1.

Informar a data da coleta deste outro material coletado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo “Material Coletado Outros”= 1.

Informar o resultado da análise do outro material (1=presença de toxina botulínica e 2 = ausência de toxina botulínica). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**, quando o campo “Material Coletado Outros”= 1.

Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica (A, B, AB, E, F, G, outra, Ign). **CAMPO ESSENCIAL**, quando o campo “Material Coletado Outros”= 1.

61. Informar se foi coletado líquido (Quando o líquido for coletado mais de 1 vez, informar exame em que o resultado teve alteração mais grave). **CAMPO ESSENCIAL.**
62. Informar a data da coleta do líquido (Quando o líquido for coletado mais de 1 vez, informar exame em que o resultado teve alguma alteração mais grave).
63. Informar o número de células/ mm<sup>3</sup> (Quando o líquido for coletado mais de 1 vez, informar exame em que o resultado teve alguma alteração mais grave).
64. Informar o número de Proteínas mg% (Quando o líquido for coletado mais de 1 vez, informar exame em que o resultado teve alguma alteração mais grave).
65. Informar se foi realizada eletroneuromiografia. **CAMPO ESSENCIAL.**
66. Informar a data da realização da eletroneuromiografia. **CAMPO ESSENCIAL.**
67. Informar resultado da eletroneuromiografia sobre a neurocondução sensitiva (1= normal, 2= diminuição de amplitude ou 3= lentificações). **CAMPO ESSENCIAL.**
68. Informar resultado da eletroneuromiografia sobre a neurocondução motora (1= normal, 2= diminuição de amplitude ou 3= lentificações). **CAMPO ESSENCIAL.**
69. Informar resultado da eletroneuromiografia sobre a estimulação repetitiva (1= normal, 2= decremento (freq baixa) ou 3= incremento (freq alta). **CAMPO ESSENCIAL.**
70. Informar se o caso foi confirmado ou descartado.

Especificar outro agente se o caso for descartado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 79 estiver preenchido e se for= 1 pular para campo 71.

71. Informar o critério de confirmação ou descarte do caso. **CAMPO ESSENCIAL**, quando campo 70 estiver preenchido.
72. Informar a forma de transmissão do botulismo, somente se o caso foi confirmado. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando o campo 70= 1.
73. Informar presença de toxina botulínica na amostra: **CAMPO ESSENCIAL**.  
Informar se houve isolamento de toxina botulínica na amostra clínica  
Informar se houve isolamento de toxina botulínica na amostra bromatológica
74. Informar tipo de toxina isolada na amostra: **CAMPO ESSENCIAL**.  
Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica na amostra clínica  
Se houver presença de toxina, informar o tipo de toxina botulínica na amostra bromatológica
75. Informar a causa do botulismo (ex. ferimento) e/ou especificar o alimento incriminado e/ou alimento potencialmente suspeito **CAMPO ESSENCIAL**.
76. Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência das condições/ situação do trabalho (1= sim, 2= não ou 9= ignorado).
77. Informar a evolução do caso **CAMPO ESSENCIAL**.
78. Informar, em caso de óbito, a data do óbito **CAMPO ESSENCIAL**.
79. Informar a data de encerramento da investigação do caso. Pode ser a data em que o paciente receber alta médica (desaparecimento dos sintomas), data do recebimento do último resultado laboratorial ou data do encerramento de todas as atividades da investigação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando campo 70 estiver preenchido.

#### **Informações complementares e observações**

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas

Tipo de alimento 1

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas

Tipo de alimento 2

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas

Local de consumo 1

Descrever alimentos potencialmente suspeitos para botulismo, ingeridos nos últimos 10 dias anteriores do início dos sintomas

Local de consumo 2

Informar observações adicionais a respeito do caso

Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação

Informar o nome completo do responsável por esta investigação. ex: Mário José da Silva

Informar a função do responsável por esta investigação. ex: Enfermeiro

Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.