



Definición de caso

Caso sospechoso: toda persona que presenta parestesia de boca y extremidades acompañada o no de síntomas gastrointestinales con antecedentes de ingestión de moluscos bivalvos y/o gasterópodos marinos.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: : _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad _____
 Urbano Rural Departamento _____ Provincia _____

3. DATOS CLINICOS

Parestesias Labios Cara Brazos Dedos de la mano Piernas Dedos del pie
 Otros: _____
Dificultades para: Hablar Respirar Estar de pie Levantarse
 Sensación de ingravidez Embotamiento Cefalea Náuseas
 Mareos Parálisis Paro respiratorio Alteración de la función renal
 Otros: _____

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Clase de molusco ingerido: _____
 Lugar donde lo ingirió: Captura-Lugar _____
 Restoran _____
 Otros _____
 Procedencia del molusco: _____
 Forma de preparación: cocido crudo agregado de limón ó vinagre caldo o sopa de mariscos
 Nº aproximado de moluscos ingeridos _____ Bebida alcohólica: Si No
 Otros alimentos ingeridos simultáneamente _____
 Día y hora de la ingestión de la comida sospechosa: Fecha ____/____/____ Hora ____:____
 Fecha y hora de comienzo de los síntomas: : Fecha ____/____/____ Hora ____:____
 Tipo de caso: esporádico asociado a brote



5. EXAMENES DE LABORATORIO

Material recogido para las muestras

Moluscos de la zona Restos de comida Envases de igual partida Contenido gástrico

Determinación de la Toxina

Toxicidad del molusco comido _____ UR/100 Cantidad ingerida estimada _____ UR/100

Observaciones _____

Laboratorio de la determinación

Determinación de toxina en moluscos del área analizada: _____ UR/100 Fecha ____/____/____

6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

Tratamiento recibido

Lavado gástrico Bicarbonato de Sodio Carbón activado

Asistencia Respiratoria mecánica Cuidados Intensivos Otros

Describe Otros _____

Búsqueda de expuestos: Si No Cuántos? _____

Coordinación con otras áreas involucradas (Bromatología-Saneamiento, etc): Si No

Describir brevemente _____

7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO

Paciente Hospitalizado: Si No Se ignora Fecha hospitalización: ____/____/____

Alta sin secuelas Alta con secuelas Fallecido Fecha ____/____/____ Desconocido

Caso sospechoso Caso confirmado por laboratorio de IPM Por Nexo epidemiológico Descartado

Observaciones: _____

Fecha ____/____/____

Firma y Sello Médico