Conselleria de Salut
Direcció General de Salut Pública

FULL DE NOTIFICACIÓ DE BOTULISME

Revisió 2026. Servei de Vigilància en Salut Pública - **Remetre a vigilancia@dgsanita.caib.es**

No empleneu

Data de recepció

Setmana

Classificació

- ☐ Sospitós
- ☐ Probable
- ☐ Confirmat

	Sí	No
Criteri clínic	☐	☐
Criteri epidemiològic	☐	☐
Criteri de laboratori	☐	☐

Associat a un brot ☐ Sí No ☐

Identificador del brot

DADES DEL DECLARANT

Data de declaració

Metge/ssa de que declara el cas

Lloc de feina (detallar centre, servei, unitat...)

DADES DE FILIACIÓ DE LA PERSONA MALALTA

DNI/NIE/Passaport

Telèfon de contacte

CIP

Nom

Llinatge 1

Llinatge 2

Data de naixement

Edat en anys

Edat en mesos (si és < 2 anys)

Sexe naixement

Sexe administratiu

Domicili

Municipi

CP

	Sí	No	Desconegut
Estranger	☐	☐	☐
Turista	☐	☐	☐

Nacionalitat/país de procedència

Data o any d'arribada a les Illes Balears

Dades d'allotjament (hotel, zona, etc.)

DADES DE LA MALALTIA

Data d'inici de símptomes

Hospitalització

Data d'hospitalització

Ingrés a UCI

Data ingrés UCI

Defunció a causa de la malaltia

Data de defunció

Categoria diagnòstica

Tractament amb antitoxina

Tipus d'antitoxina

DADES DE LABORATORI

Data de diagnòstic de laboratori

Enviament de la mostra al CNM

Agent causal

Toxina

DADES DE RISC

País d'exposició

Municipi d'exposició

Exposició (marcau les principals)

- Consum aliment contaminat ☐ — Aliment sospitós — Tipus elaboració — Agent en l'aliment
- Ingestió d'espores ☐ — Toxina en l'aliment
- Punxades / ferides ☐ — Confirmació en l'aliment
- Desconeguda ☐

Personal de laboratori

Àmbit d'exposició

OBSERVACIONS