



Dipartimento di Sanità Pubblica ISPettorato Micologico

DATA _____

Intervento per sospetto avvelenamento da ingestione di funghi

Intervento effettuato presso: _____

in data: _____ alle ore: _____ in pronta disponibilità: _____

richiesto da: _____

a: _____ in data: _____ alle ore: _____

Nome referente Ospedaliero : _____

Tel: _____ fax: _____ e.mail: _____

L'ispettore Micologo intervenuto: _____

INTOSSICATO:

Cognome e nome: _____ età: _____

residenza: _____ tel. _____

malesseri comparsi alle ore _____ tempo trascorso dall'ingestione _____altri consumatori delle stesse specie di funghi no si sintomatici asintomaticialtre persone in possesso delle stesse specie di funghi: no si

recapiti per raggiungerli: _____

NATURA DEI FUNGHI INGERITI : freschi congelati secchi condizionati: _____ altro: _____ acquistati c/o: _____ consumati c/o: _____ raccolti da: _____ in località _____

conosciuti come _____ habitat _____

stadio evolutivo dei funghi raccolti: _____

conservazione durante la raccolta: _____

conservazione post raccolta: _____

PREPARAZIONE E CONSUMO:Pretrattamenti: no si prebollitura (scarto dell'acqua di cottura SI NO) asportazione del gambo asportazione della cuticola altro _____tipo di cottura: prolungata breve (piastra graticola, ecc) crudi

preparato/piatto alimentare: _____

consumati il _____ alle ore _____ quantità _____

altri alimenti consumati oltre ai funghi: _____

è la prima volta che consuma funghi: no siha consumato altri funghi in pasti precedenti: no si quando? _____presenza di altri funghi freschi e/o condizionati, resti di pulitura o resti di cottura? no si

Le informazioni di cui sopra vengono rilasciate da: _____

SINTOMATOLOGIA: (Da compilare in collaborazione con il medico referente ospedaliero)

Accettazione Pronto Soccorso in data _____ alle ore _____

Sintomi NEURO-PSICHICI

<input type="checkbox"/> cefalea	<input type="checkbox"/> spasmi muscolari	<input type="checkbox"/> non coordinazione motoria	<input type="checkbox"/> disorientamento	<input type="checkbox"/> sopore	<input type="checkbox"/> turbe comportamentali
----------------------------------	---	--	--	---------------------------------	--

Sintomi TUBO DIGERENTE

<input type="checkbox"/> nausea	<input type="checkbox"/> vomito <input type="checkbox"/> meno di 2 o 3 volte <input type="checkbox"/> più di 6 volte <input type="checkbox"/> NO vomito	<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> dolori
---------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------------

Sintomi CUTE e MUCOSE

<input type="checkbox"/> sudore	<input type="checkbox"/> salivazione	<input type="checkbox"/> lacrimazione	<input type="checkbox"/> orticaria	<input type="checkbox"/> prurito	<input type="checkbox"/> ittero
<input type="checkbox"/> aumentato <input type="checkbox"/> diminuito	<input type="checkbox"/> aumentata <input type="checkbox"/> diminuita	<input type="checkbox"/> aumentata <input type="checkbox"/> diminuita			

Sintomi APPARATO URINARIO

<input type="checkbox"/> stimolo alla minzione	<input type="checkbox"/> ritenzione urinaria	<input type="checkbox"/> lombalgia
--	--	------------------------------------

CAMPIONI ACQUISITI PER ACCERTAMENTI:

- residuo funghi freschi residuo funghi cotti residuo funghi secchi residuo di pulitura
 vomito urine _____ altro _____

Note: _____

a) ANALISI MACROSCOPIA e/o MACRO-CHIMICA

Indagini effettuate su campione di: _____

 si sono effettuate indagini microscopiche: **b)** si ritiene necessario richiedere ulteriori verifiche e accertamenti analitici esterni: **c)** si ritiene conclusa l'indagine micologica: **d)**

b) MICROSCOPIA:

SPORE:

- amiloidi non amiloidi ortocromatiche destrinoidi
 cianofile metacromatiche altro _____

FORMA:

- globosa cilindrica poligonale faseoliforme/ricurva
 ovoidale fusiforme gibbosa altro _____

MISURE e OSSERVAZIONI:

c) RICHIESTA DI ULTERIORI ACCERTAMENTI INOLTRATA A:

CAMPIONE inviato da: _____

in data _____ alle ore _____ destinato a _____

RIFERIMENTI PER RISPOSTA IN URGENZA: Dott. _____

_____ tel _____ fax _____ e.mail _____

MATERIALE INVIATO PER L'ANALISI:

- residuo funghi freschi residui funghi cotti residuo funghi secchi vomito
 aspirato gastrico altro _____

d) CONCLUSIONE DELL'INDAGINE:

_____ data: _____ ore: _____

L'Ispettore Micologo: _____

Foglio integrativo, nel caso di più persone coinvolte

INTOSSICATO:

Cognome e nome: _____ età: _____

residenza: _____ tel. _____

malesseri comparsi alle ore _____ **tempo trascorso dall'ingestione** _____

altri consumatori delle stesse specie di funghi no

si

sintomatici

asintomatici

altre persone in possesso delle stesse specie di funghi: no

si

recapiti per raggiungerli: _____

INTOSSICATO:

Cognome e nome: _____ età: _____

residenza: _____ tel. _____

malesseri comparsi alle ore _____ **tempo trascorso dall'ingestione** _____

altri consumatori delle stesse specie di funghi no

si

sintomatici

asintomatici

altre persone in possesso delle stesse specie di funghi: no

si

recapiti per raggiungerli: _____

INTOSSICATO:

Cognome e nome: _____ età: _____

residenza: _____ tel. _____

malesseri comparsi alle ore _____ **tempo trascorso dall'ingestione** _____

altri consumatori delle stesse specie di funghi no

si

sintomatici

asintomatici

altre persone in possesso delle stesse specie di funghi: no

si

recapiti per raggiungerli: _____

INTOSSICATO:

Cognome e nome: _____ età: _____

residenza: _____ tel. _____

malesseri comparsi alle ore _____ **tempo trascorso dall'ingestione** _____

altri consumatori delle stesse specie di funghi no

si

sintomatici

asintomatici

altre persone in possesso delle stesse specie di funghi: no

si

recapiti per raggiungerli: _____