



## 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

asintomatici

altre 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  si

ha 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: \_\_\_\_\_