

RUOKAMYRKYTYSEPÄILYN KYSELYKAAVAKE

Nro _____ (tartuntatautihoitaja täyttää)

Tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain viranomaiskäyttöön ruokamyrkytysepäilyn selvittämiseksi

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää ruokamyrkytysepidemian lähdettä. Selvitystyön kannalta on erittäin tärkeää, että sekä oireiset että oireettomat henkilöt täyttävät ja palauttavat lomakkeen mahdollisimman pikaisesti.

Vastaajan nimi _____

Puhelinnumero, josta tarvittaessa tavoitettavissa _____

Sähköpostiosoite _____

Sukupuoli Mies Nainen Ikä _____

Ammatti _____

Kyselylomakkeen täyttöpäivämäärä _____

Missä olette ruokailleet ja milloin?

Paikka _____ Pvm _____ Klo _____

Luettele kyseisessä paikassa tarjolla olleet ruoat ja juomat Nautitteko jotain luetelluista elintarvikkeista?

_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
_____	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä

Havaitsitko jossain ruokalajissa jotain epäilyttävää? Kyllä Ei

Jos havaitsit, niin mitä? _____

Saitteko jotain seuraavista oireista edellä mainitun ruokailun jälkeen?

Olkaa hyvä vastatkaa (kyllä / ei / en tiedä) jokaiseen listan oireeseen erikseen

Ripuli	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
Oksentelu	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
Vatsakipu	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
Pahoinvointi	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
Kuume (yli 38 C)	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä
Vilunväristyksiä	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> En tiedä

Muita oireita, mitä? _____

Jos vastasitte kyllä yhteen tai useampaan oireeseen, milloin ensimmäinen oireenne alkoi?

Pvm _____ Klo _____

Onko teillä edelleen oireita? Kyllä Ei, oireet päättyivät Pvm _____ Klo _____

Onko teistä otettu ulostenäyte edellä mainitun ruokailun jälkeen? Kyllä Ei
Jos kyllä, minne toimititte näytteen ja milloin?

Paikka _____ Pvm _____

Kiitokset etukäteen vaivannäöstä! Lomake palautetaan vastaanottoon