

Check List

Indagine epidemiologica in caso di Sospetta Tossinfezione Alimentare

Sede:

data:

Nome Cognome

nato /a il

M

F

Tel.

Inizio sintomi: gg

ora

Ricovero NO

SI

Ospedale

Temperatura

vomito

diarrea

dolori addominali

Altri sintomi:

Nausea

Tenesmo

Visione confusa

Anemia

Inappetenza

Torpore

Perdita di peso

Dolori muscolari

Disidratazione

Sudorazione

Stipsi

Diplopia

Coprocoltura NO

SI

data

Laboratorio

Risultati:

Altri esami :

Alimenti consumati

SI

NO

Annotazioni

Familiari e/o altre persone che hanno consumato lo stesso alimento sospetto:

Nome Cognome

Annotazioni

Tel.

Firma del Medico : _____