



Objektets adress: _____

Objektets namn: _____

Datum: _____

Mottaget av: _____

Anmäld av: _____

Tfn: _____

Misstänkt måltid

Datum: _____ Klockslag: _____

Antal ätande: _____ Antal sjuka: _____

Måltid:

Tillbehör (sallad, dryck, bröd, is): _____

Anmälararen misstänker: _____

Övrigt (se eventuellt frågeformulär)

Har de/den som blivit sjuk druckit vatten från egen brunn (enskild vattentäkt)?

Ja Nej

Har de/den som blivit sjuk kommit i kontakt med djur?

Ja Nej

Har de/den som blivit sjuk varit utomlands?

Ja Nej

Om ja: Var? _____ När? _____

Har de/den som blivit sjuk haft någon i sin närhet som har/haft samma symptom?

Ja Nej

Har de/den som blivit sjuk något barn på dagis?

Ja Nej

Har de/den som blivit sjuk badat (insjö, hav)?

Ja Nej

Sjukdomsförlopp

	Person 1	Person 2	Person 3
Namn			
Ålder			
Insjuknat datum			
Insjuknat klockslag			
Varaktighet			
Symptom (fyll i från 1 upp till 8 i kronologisk ordning)			
- Buksmärta			
- Diarré (blodig)			
- Feber			
- Huvudvärk			
- Illamående			
- Kräkning			
- Utslag			
- Annat speciellt. Vad?			
Känd allergi mot livsmedel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vad?			
Annan kommentar			

Tidigare måltider (när/var/vad)
