



Misstänkt matförgiftning

Namn		Tel	
Adress		e-post	
När åt ni? Datum: Kl:		Var köpte ni maten?	
Vad åt och drack ni?			
När blev ni sjuk? Datum: Kl:		Hur länge var ni sjuk?	
Symtom: <input type="checkbox"/> feber <input type="checkbox"/> illamående <input type="checkbox"/> magsmärtor		<input type="checkbox"/> kräkningar <input type="checkbox"/> diarré <input type="checkbox"/> huvudvärk <input type="checkbox"/> annat:	
Kontakt med läkare? <input type="checkbox"/> ja Klinik/VåC: <input type="checkbox"/> nej		Tagit prov? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Svar?
Om ni var flera personer, vad åt och drack dessa? person 1:		Blev han/hon sjuk? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
person 2:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
person 3:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
person 4:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	

Bakgrund

Var och vad har ni ätit/druckit tidigare? (Samma dag och dagen innan)
Magsjuka hos någon i familjen / omgivningen?
Utlandsvistelse?
Övrigt

Kontakt med verksamheten:

Har personal eller någon i personalens familjer varit sjuk?	Har någon sjuk hört av sig till er?	
Hygienrutiner? Hantering?	Leverantör? Producent?	
Har ni lagt märke till något särskilt i maten?		
(Om smitta i maten konstaterats) Hur kan ni undvika att detta händer igen?		
Kontakt med läkare? <input type="checkbox"/> ja Klinik/VåC: <input type="checkbox"/> nej	Tagit prov? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	Svar?

Övriga kontakter

Datum, namn, tel, uppgifter osv