

	OIREKYSELYLOMAKE
	Saapumispäivämäärä (viranomainen täyttää)

Mikäli epäilette saaneenne ruokamyrkytyksen, olkaa hyvä ja täyttäkää lomake huolellisesti ja palauttakaa se mahdollisimman nopeasti oireiden ilmaannuttua sivun alalaidassa näkyvään osoitteeseen.

Kaikkiin kohtiin tulee vastata.

1. Henkilötiedot.	Nimi	Puhelinnumero	
	Osoite	Sähköpostiosoite	
2. Tiedot ruokailutapahtumasta ja elintarvikkeesta.	Ruokailupaikka tai elintarvikkeen ostopaikka		
	Oireiden aiheuttajaksi epäilty ateria tai elintarvike		
	Ruokailupäivämäärä	Ruokailun kellonaika	
3. Oireet. Saitteko jotain seuraavista oireista ruokailun jälkeen? Merkitkää rasti jompaankumpaan ruutuun jokaisen oireen kohdalle.		Kyllä	Ei
	Pahoinvointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oksentelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vatsakipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ripuli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kuume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Päänsärky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lihaskipu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muu, mikä?		
4. Oireiden kesto.	Alkamispäivä	Alkamiskellonaika	
	Oireiden kesto vrk tuntia		
5. Lisätietoja.	Hakeuduitteko lääkärin vastaanotolle? jos kyllä, minne?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
	Onko teiltä otettu ulostusnäyte em. ruokailun jälkeen? näyte toimitettu mihin?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
	Onko muilla perheenjäsenillä ollut em. oireita? jos ollut, milloin?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
	Oletteko käynyt ulkomailla viimeisen kuukauden aikana? jos kyllä, missä?	Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	