**QUESTIONARIO STANDARD PER CASO DI MALATTIA TRASMESSA DA ALIMENTI**

**Allegato 2**

(Da effettuare per quei patogeni per i quali non è disponibile un questionario specifico)

**Parte 1 - Notizie demografiche**

Data intervista Nome intervistatore 

Nome e cognome del caso  Tel.

Data di nascitaLuogo di nascitaEtà 

IndirizzoCittà CAP 

Data insorgenza dei sintomiLuogo di insorgenza 

Persona intervistata 

Occupazione luogo di lavoro

Ha frequentato il posto di lavoro/scuola fino al 

Ha frequentato altre comunità?

Nome e indirizzo delle comunità frequentate 



**Parte 2 - Informazioni cliniche**

Data di insorgenza dei sintomi. ora di insorgenza Data di fine sintomi 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sintomi | SI | Data | Ora | Sintomi | SI | Data | Ora |
| Nausea |  |  |  | Dolori muscolari |  |  |  |
| Vomito |  |  |  | Cefalea |  |  |  |
| Dolori addominali |  |  |  | Disidratazione |  |  |  |
| Diarrea |  |  |  | Ittero |  |  |  |
| con sangue |  |  |  | Urine ipercromiche |  |  |  |
| con muco |  |  |  | Eruzione cutanea |  |  |  |
| Quante scariche? |  | | | Senso di calore |  |  |  |
| Febbre |  |  |  | Tachicardia |  |  |  |
| Astenia |  |  |  | Disturbi a carico del sistema nervoso |  |  |  |

Altri sintomi 

E’ andato dal medico di famiglia? Diagnosi E’ andato al Pronto Soccorso?Diagnosi 

E’ stato ricoverato in reparto?Quale? 

Ha preso antibiotici? Per quanto tempo? 

Ha fatto esami di laboratorio? (Feci, siero etc) Esito 

Qualcuno della sua famiglia o un conoscente con cui ha condiviso uno o più pasti ha avuto gli stessi sintomi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME | TELEFONO | ESPERIENZA COMUNE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Parte 3 - Informazioni generali sui comportamenti**

**Ha partecipato a un ritrovo, un evento di gruppo nei giorni precedenti l’insorgenza dei sintomi? (Ricevimento di nozze, feste, eventi religiosi, eventi scolastici, cene domestiche con amici e parenti, eventi sportivi, banchetti di lavoro, party, sagre, manifestazioni temporanee?)**

Quando?.Dove? 

**Nei giorni precedenti la malattia ha fatto qualche viaggio?**

Quando?.Dove?

Quanto è durato il soggiorno? 

Nome dell’hotel/ struttura di soggiorno

Nei giorni precedenti la malattia ha avuto contatti con animali domestici o selvatici? 

Che tipo di animale? Quando? 

**Nei giorni precedenti la malattia da quali fonti di acqua ha bevuto?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** |  | **SI** |
| Acquedotto comunale |  | Acqua superficiale non trattata |  |
| Acqua di sorgente |  | Acqua minerale in bottiglia |  |
| Acqua di pozzo non trattata |  | Altro | |

Che marca di acqua minerale ha bevuto? 

Dove la ha comprata?Quando? 

**CARNE E PRODOTTI A BASE DI CARNE**

**Parte 4 - Indagine sui consumi alimentari**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato carne?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo di carne** | | **Cotta/cruda/ semicruda** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Bovino adulto |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitello |  |  |  |  |  |  |  |
| Hamburger |  |  |  |  |  |  |  |
| Pollo intero |  |  |  |  |  |  |  |
| Pollo a pezzi (petto, cosce etc) |  |  |  |  |  |  |  |
| Tacchino |  |  |  |  |  |  |  |
| Carne di maiale |  |  |  |  |  |  |  |
| Salsicce |  |  |  |  |  |  |  |
| Cacciagione o carne di produzione casalinga |  |  |  | Tipo di carne: | | |  |
|  | | | |
| Altri tipi di carne |  |  |  | Tipo di carne: | | |  |
|  | | | |

**PRODOTTI DELLA PESCA**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato prodotti della pesca?** 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo di pesce/ molluschi/ crostacei** | | **Cotto/ crudo** | **Fresco/ congelato** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Pesce di lisca |  |  |  |  | **Tipo di pesce :** | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Tipo di pesce/ molluschi/ crostacei** | | **Cotto/ crudo** | **Fresco/ congelato** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Cozze |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vongole |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ostriche |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Scampi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Astici |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gamberi |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Altri prodotti della pesca |  |  |  |  | Tipo di prodotto: | | | |
|  |  |  |  |  |  |

**LATTE E LATTICINI**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato latte o latticini ?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prodotto** | | **Tipo di formaggio** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Latte pastorizzato/ uperizzato |  |  |  |  |  |  |  |
| Latte crudo |  |  |  |  |  |  |  |
| Yogurt |  |  |  |  |  |  |  |
| Gelato |  |  |  |  |  |  |  |
| Formaggi freschi |  |  |  |  |  |  |  |
| Formaggi stagionati |  |  |  |  |  |  |  |
| Altri tipi di latticini |  |  |  |  |  |  |  |

**UOVA E PRODOTTI A BASE DI UOVA**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato uova o prodotti a base di uova?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prodotto** |  | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Uovo crudo |  |  |  |  |  |  |
| Uovo fritto |  |  |  |  |  |  |
| Uovo alla coque |  |  |  |  |  |  |
| Uovo in camicia |  |  |  |  |  |  |
| Maionese o piatti con maionese |  |  |  |  |  |  |
| Zabaione |  |  |  |  |  |  |
| Tiramisù |  |  |  |  |  |  |
| Dolci con crema a crudo |  |  |  |  |  |  |
| Altri prodotti a base di uova*(specificare)* |  |  |  |  |  |  |

**FRUTTA E VEGETALI**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato frutta e vegetali?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prodotto** | |  | **Freschi/ congelati/ in busta/ precotti** | **Crudi/ cotti** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Prodotti ortofrutticoli (cavolo, broccoli, piselli, cetrioli, verdure in foglia etc.) | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo di prodotto: | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Prodotto** | |  | **Freschi/ congelati/ in busta/ precotti** | **Crudi/ cotti** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| 4 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frutta** *(specificare il tipo)* | **Fresca/ conservata** | **Sbucciata/ consumata con buccia** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALTRI ALIMENTI**

**Nei giorni precedenti alla malattia ha consumato qualcuno dei prodotti sottoelencati?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prodotto** |  | **Tipo di alimento** | **Marca** | **Luogo di acquisto** | **Data di acquisto** | **Luogo di consumo** | **Data di consumo** |
| Frutti di bosco freschi |  |  |  |  |  |  |  |
| Frutti di bosco congelati |  |  |  |  |  |  |  |
| Succhi di frutta |  |  |  |  |  |  |  |
| Spezie |  |  |  |  |  |  |  |
| Erbe |  |  |  |  |  |  |  |
| Prodotti conservati in barattolo/ vetro/ Tetrapak |  |  |  |  |  |  |  |
| Piatti misti / pronti al consumo |  |  |  |  |  |  |  |
| Torte e pasticcini |  |  |  |  |  |  |  |
| Altri alimenti non menzionati |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALTRE INFORMAZIONI EMERSE DALL’INTERVISTA**



**CONCLUSIONI E AZIONI**

**NON DA ALIMENTI**

**ALIMENTO NON IDENTIFICATO** 

**ALIMENTO SOSPETTO, NESSUN’ALTRA AZIONE DA INTRAPRENDERE** 

**INDAGINI DI LABORATORIO SU CONVIVENTI**

*(Secondo quanto previsto dalla Circolare n° 4 del 13 marzo 1998 Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica)*

N° di esami effettuatiEsiti 



**AVVISO AL SETTORE DI SICUREZZA ALIMENTARE** Data 

**PRESENZA DI UN FOCOLAIO, PROCEDERE CON INDAGINE SPECIFICA**

**ALIMENTO SOSPETTO / CONSUMI A RISCHIO**

**AGENTE SOSPETTO****ACCERTATO** 

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sceda compilata da | |  | | | | |
| Qualifica |  | | | | Data |  |
| Medico coordinatore dell’episodio | | |  | consegnata il | |  |