Allegato 5b

**QUESTIONARIO PER INTERVISTA**

**A PARTECIPANTE A PIù PASTI SOSPETTI**

**DATA** Nome intervistatore

Cognome e nomedella persona (***sintomatica e non sintomatica)***



Indirizzo tel

Sesso Data di nascita Età

Comunità frequentate negli ultimi giorni



Indirizzo e numero di telefono della/e comunità/ classe e sezione



**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/die? |  | senso di calore |  |  |  |
| febbre |  |  |  | tachicardia |  |  |  |
| astenia |  |  |  | disturbi a carico del sistema nervoso |  |  |  |
| Altri sintomi |

E’ andato da un medico?****Diagnosi 

E’ stato ricoverato?****Ha eseguito esami di laboratorio? ****Quali? 

Esiti 

Le sono stati prescritti farmaci?****Quali? .

**Ricorda a quali pasti ha partecipato e quali alimenti ha consumato?**

*(Vedi prossima tabella - vanno elencati tutti i pasti consumati dal gruppo e per ogni partecipante va indicato se ha partecipato o no al pasto; queste informazioni sono necessarie per il calcolo statistico del pasto con la probabilità maggiore di essere direttamente correlato con l’episodio)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA | LUOGO/STRUTTURA DI CONSUMO | Partecipato | ORA | ALIMENTI CONSUMATI |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scheda compilata da |  | Qualifica |  |
| Data |  | Medico coordinatore |  |
| Consegnata il  |  | a |  |