**QUESTIONARIO PER INTERVISTA A PARTECIPANTE**

Allegato 6

 **AD UN UNICO PASTO SOSPETTO**

DATA  Nome intervistatore 

Cognome e nome del caso ***(sintomatico e non sintomatico)***

******

Indirizzotel Sessodata di nascita età

Comunità frequentate negli ultimi giorni - classe e sezione



Indirizzo e numero di telefono della/e comunità



**SINTOMATICO **

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 al giorno |  | 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? 

Data del pasto ora

Luogo di consumo

**CONSUMO DI ALIMENTI NEL PASTO SOSPETTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTO** | **SI** | **NO** | **ALIMENTO** | **SI** | **NO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Scheda compilata da |  | Ruolo |  |
| Medico coordinatore |  | Data di trasmissione al coordinatore |  |