**RUOKAMYRKYTYSEPÄILYN KYSELYKAAVAKE**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää epäillyn ruokamyrkytysepidemian lähdettä. Selvitystyön kannalta on erittäin tärkeää, että sekä oireiset että oireettomat henkilöt täyttävät ja palauttavat lomakkeen mahdollisimman pikaisesti. On myös tärkeää vastata jokaiseen kysymykseen.

**Ravintolan/ruokailupaikan nimi ja osoite**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ruokailuajankohta, pvm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kellonaika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sairastuneen nimi ja yhteystiedot (puh, sähköposti)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seurueen lukumäärä\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hlö**

**Seurueesta sairastuneiden lukumäärä (mikäli tiedossa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_hlö**

**Luettelo ravintolassa/ruokailupaikassa syödyistä ruoista ja juomista**

*(kirjatkaa jokainen ruoka/juomalaji erikseen mahdollisimman tarkasti)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

### Saitteko jotain seuraavista oireista edellä mainitun ruokailun jälkeen

*(olkaa hyvä ja vastatkaa kyllä/ei jokaiseen oireeseen erikseen)*

Ripuli Kyllä **** Ei ****

Oksentelu Kyllä **** Ei ****

Pahoinvointi Kyllä **** Ei ****

Vatsakipu Kyllä **** Ei ****

Kuume (\_\_\_\_\_\_oC) Kyllä **** Ei ****

Muu oire, mikä \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kyllä **** Ei ****

Jos vastasitte kyllä yhteen tai useampaan oireeseen, milloin ensimmäinen oireenne alkoi?

Päivämäärä\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kellonaika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Onko teillä vieläkin oireita? Kyllä **** Ei ****

Jos ei, milloin oireenne päättyivät? Päivämäärä\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kellonaika\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Onko teistä otettu ulostusnäyte edellä mainitun ruokailun jälkeen?** Kyllä **** Ei ****

Jos kyllä, minne toimititte näytteen ja milloin?

Paikka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Päivämäärä\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Muut kyseisenä päivänä syödyt ruoat ja ruokailupaikat, tai muuta huomioitavaa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kyselylomakkeen täyttöpäivämäärä \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

### Kyselylomakkeen palautus ensisijaisesti sähköpostilla os.

### terveysvalvonta@pori.fi

### Kiitokset etukäteen vaivannäöstänne!