

## Ruokamyrkytyspäilyn kyselykaavake

Tiedot ovat luottamuksellisia ja tulevat vain viranomaiskäyttöön ruokamyrkytyspäilyn selvittämiseksi.

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on selvittää ruokamyrkytyspäidemian lähdettä. Selvitystyön kannalta on erittäin tärkeää, että sekä oireiset että oireettomat henkilöt täyttävät ja palauttavat lomakkeen mahdollisimman pikaisesti.

Vastaajan nimi \_\_\_\_\_

Sukupuoli Mies  Nainen  Ikä (vuosina) \_\_\_\_\_

Ammatti \_\_\_\_\_

Puhelinnumero, josta tarvittaessa tavoitettavissa \_\_\_\_\_

Kyselylomakkeen täyttöpäivämäärä \_\_\_\_\_ (pp.kk.vvvv)

**Osallistuitteko \_\_\_\_\_ järjestettyyn ruokailuun,  
\_\_\_\_\_ (paikka), \_\_\_\_\_ (päivämäärä)?**

Kyllä  Ei

Jos kyllä, milloin osallistuitte edellä mainittuun ruokailuun? Kellonaika \_\_\_\_\_

**Nautittekko jotain seuraavista tarjolla olleista elintarvikkeista?**

*(olkaa hyvä vastatkaa kyllä/ei/en tiedä jokaiseen ruoka/juomalajiin erikseen)*

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

\_\_\_\_\_ Kyllä  Ei  En tiedä

Listaa jatketaan tarpeen mukaan:

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

**Saitteko jotain seuraavista oireista edellä mainitun ruokailun jälkeen?**

*(olkaa hyvä vastatkaa kyllä/ei/en tiedä jokaiseen listan oireeseen erikseen)*

Ripuli (vähintään 3 kertaa/vrk)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>
Oksentelu	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>
Vatsakipu	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>
Pahoinvointi	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>
Kuume (yli 38°C)	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>
Vilunväristyksiä	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>	En tiedä <input type="checkbox"/>

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 ulostenäyte edellä mainitun ruokailun jälkeen?** Kyllä  Ei

Jos kyllä, minne toimititte näytteen ja milloin?

Paikka \_\_\_\_\_ Päivämäärä \_\_\_\_\_

Kiitokset etukäteen vaivannäöstä!