

Suspicion d'intoxication alimentaire

Identité

Nom :	Prénom :
Date de naissance (jj.mm.aaaa):	
Téléphone :	Portable :
Adresse :	
N° postal :	Lieu :
Adresse mail :	
Profession :	
Informations à renseigner si votre profession est en lien avec l'alimentaire N° tél. de votre employeur : _____ Adresse de votre employeur : _____	

Symptôme/maladie

Veillez préciser les symptômes selon la liste ci-dessous :

Symptômes	jour/heure	jour/heure
Vomissements : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Diarrhées : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Crampes abdominales : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Céphalées : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Fièvre : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Selles sanglantes : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Nausées : <input type="checkbox"/> C°	Début :	Fin :
Troubles oculaires : <input type="checkbox"/>	Début :	Fin :
Autres :	Début :	Fin :

Médecin(s)/hôpitaux consulté :

Nom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Diagnostic éventuel : _____

Traitement éventuel : _____

Remarques éventuelles

(Provenance des produits, lieu d'achat, lieu de consommation, mode de préparation – cuisson, chauffage partiel, conditions d'entreposage – température, durée)