**Intoxication alimentaire – Questionnaire (à remplir lisiblement par chaque personne)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identité** | Nom :  Prénom : .  Date de naissance : Jour : Mois : Année :  Adresse : Rue :  N° postal : Lieu :  N° tél. privé : professionnel:  Fax : Natel :  Profession :  Si profession dans l’alimentation: employeur (adresse, n° tél.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Malade ?** | NON  OUI |  | | | (si oui, veuillez préciser les symptômes selon liste ci-dessous) | | | | | | | | | | | |
| **Manifestations cliniques** | Symptômes | | | |  | **Début : heure, jour** | | | | | | | | | **Fin : heure, jour** | |
| **(si malade)** | Vomissements  Diarrhées  Crampes abdominales  Céphalées  Fièvre  Selles sanglantes  Nausées  Troubles oculaires  Autres: | | | |  | °C | | | | | | | | |  | |
| **Médecin(s)/Hôpitaux consultés** | Nom, adresse, date, traitement évtl. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnostic éventuelle** |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Analyses effectuées** | NON  OUI Résultats (Labo/Adresse) : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date du repas suspect** |  | | | | | | | | | **Heure** | | |  | | | |
| **Si établissement public, veuillez préciser** | Raison sociale :  Adresse : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Produit(s) présumé(s) à l’origine de l’intoxication** |  | | | | | | **Evtl. lieu et date d‘achat :** | | | |  | | | | | |
| **Voyages - Excursions** | NON  OUI Lieu, pays : Date : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Repas pris à l‘extérieur** | NON  OUI  Lieu, pays : Date : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Eau - alimentation** | Source privée : Réseau public : Autres : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Enquête alimentaire (veuillez compléter le questionnaire ci-dessous)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Repas du : Heure : | | | | Repas du : Heure : | | | | | | | | | | Repas du : Heure : | | |
|  | | |  |  | | | | | | | |  | |  | |  | |
| **Quelles autres denrées (voir liste ci-dessous) avez-vous consommé les 3 jours précédant les premiers symptômes ?**  **Veuillez compléter, le cas échéant, votre réponse en précisant le nom et la marque du produit, lieu d’achat, etc.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lait cru :  Lait pasteurisé : :  Fromage :  Mayonnaise „maison“:  Oeufs :  Pâtes alimentaires :  Riz :  Champignons frais :  Canapés :  Légumes frais :  Salade de (p.ex. pomme de terre) :  Sandwich :  Charcuterie :  Poisson :  Viande froide :  Sauces :  Mets précuisinés : | | | | | | | |  | Glaces :  Dessert :  Yoghourt :  Epices :  Salade :  Préparations de viande :  Champignons conservés :  Légumes conservés :  Pizza :  Hamburger :  Autres : | | | | | | |  |
| Remarques éventuelles (provenance des produits, lieu d’achat, lieu de consommation, mode de préparation – cuisson, chauffage partiel,…- conditions d’entreposage – température, durée) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Veuillez conserver au froid les restes du ou des repas incriminé(s) et les produits de base ayant servi à la préparation de ce(s) repas.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Questionnaire à retourner dans les meilleurs délais au Service de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaire,  Impasse de la Colline 4, 1762 Givisiez** | | | | | | | | | | | | | | | | |