

 JAKOBSTAD Social- och hälsovårdsverket PIETARSAARI Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Hälsoinspektionen Terveysvalvonta	ILMOITUS RUOKAMYRKYTYSEPÄILYSTÄ Saat jättää ilmoituksesi nimettömänä, mutta siinä tapauksessa emme voi saada sinulta lisätietoja asiasta. Mahdollisuutemme selvittää tapahtunutta voi kärsiä ilmoituksen nimettömyyden vuoksi.
	Dnro ja saapumispäivämäärä (viranomaisen täyttää)

Ilmoitus ruokamyrkytysepäilystä Pietarsaaren, Pedersören, Luodon ja Uudenkaarlepyyn elintarvikevalvonnalle. Täytetty lomake voi lähettää terveystieteiden tutkimuskeskukselle sähköpostitse (terveysvalvonta@pietarsaari.fi), alla olevaan osoitteeseen tai ottamalla yhteyttä puhelimitse terveystarkastajaan.

1. Ilmoittaja	Ilmoittaja (nimi)	Puhelin
	Osoite	Ilmoituksen päivämäärä
2. Sähköpostiosoite		
3. Osto- tai ruokailupaikka	Kaupan tai ravintolan nimi	
	Osto- tai ruokailuajankohta (päivämäärä ja aika)	
4. Ateria	Milloin söit epäilty ruoka	
	Kuvaa mahdollisimman tarkasti mitä söit	
	Kuinka monta ihmistä söi epäilty ruoka	
	Kuinka monta ihmistä sairastui samankaltaisiin oireisiin	
5. Oireet	Milloin sairastuit (päivämäärä ja aika)	
	Minkälaisia oireita olet kokenut <input type="checkbox"/> Kuumetta (yli 38 astetta) <input type="checkbox"/> Pahoinvointia <input type="checkbox"/> Ihon punoitusta <input type="checkbox"/> Oksentelua <input type="checkbox"/> Vatsakipuja <input type="checkbox"/> Kehon kipuja <input type="checkbox"/> Ripulia (vähintään 3 krt/vrk) <input type="checkbox"/> Päänsärkyä <input type="checkbox"/> Vaikutus tasapainossa <input type="checkbox"/> Muuta, mikä	
6. Ovatko oireet loppuneet	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Päivämäärä ja ajankohta kun oireet loppuivat	
7. Lisätietoja		