**Henvendelse om antatt næringsmiddelbåren sykdom**

Navn på intervjuer: ...................................................................... Dato for intervju: .............................................

|  |  |
| --- | --- |
| **■ Opplysninger om informanten** | |
| Navn: |  |
| Alder |  |
| Yrke: |  |
| Adresse: |  |
| Telefon / e-post for senere kontakt: |  |

|  |
| --- |
| **■ Opplysninger om sykdommen** |

|  |  |
| --- | --- |
| Når ble du syk? | Dato / klokkeslett |
| Hvor lenge var du syk? | Dager / timer Antall dager sykmeldt: |

**Hvilke symptomer hadde du?** (Noter hvilke symptomer som startet først og hvilke som dominerte)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Symptomer | Ja | Nei | Usikker | Når startet symptomene? Hvor lenge varte de? |
| Kvalme | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |
| Oppkast | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |
| Magesmerter | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |
| Diaré (antall løse avføringer per dag) | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |
| Blod i avføringen | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |
| Feber (subjektiv eller målt) | 🗆 | 🗆 | 🗆 | Temperatur? |
| Andre symptomer, nevrologiske etc.? | 🗆 | 🗆 | 🗆 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Har du kontakter lege? | 🗆 | 🗆 | 🗆 | Hvem? |
| Ble det tatt avføringsprøve? | 🗆 | 🗆 | 🗆 | Diagnose? |

Henvis til fastlegen ved spørsmål om behandling eller andre medisinske problemer.

|  |
| --- |
| **■ Opplysninger om andre som ble syke** |

**Kjenner du til andre personer som ble syke med samme symptomer som deg?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja 🗆 Nei 🗆 Usikker 🗆 | Hvis ja, noter navn, alder, telefon - og når sykdommen startet: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Er vedkommende medlem av samme husholdning som deg? Ja 🗆 Nei 🗆 |
| Har vedkommende spist samme sted som deg? Ja 🗆 Nei 🗆 |
| Hvis ja, hvor? |
| Har noen av disse kontaktet lege? Tatt avføringsprøve? |

|  |
| --- |
| **■ Opplysninger om årsaken til sykdommen** |

|  |
| --- |
| **Hva tror du er årsaken? Mistenker du et spesielt måltid, matvare, dyr? Hvorfor? Hvordan ble mistenkte retter tilberedt?** |

|  |  |
| --- | --- |
| Finnes det rester av den mistenkte maten? Ja 🗆 Nei 🗆 Hva slag? | |
| Avtal levering eller henting av prøver: | Når? Hvordan? Be informanten ta vare på emballasjen! |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Andre opplysninger** | Ja | Nei |  |
| Arbeider du med tilberedning, servering eller produksjon av mat? | 🗆 | 🗆 |  |
| Er du tilknyttet en institusjon, f.eks. sykehus, eldresenter, barnehage? | 🗆 | 🗆 |  |
| Var du utenlands i tiden før sykdommen? Hvor? Når? | 🗆 | 🗆 |  |
| Spiste du mat fra restaurant eller annet storkjøkken? Hvor? Når? | 🗆 | 🗆 |  |
| Har du drukket ubehandlet drikkevann? | 🗆 | 🗆 |  |
| Hadde du kontakt med dyr? \* | 🗆 | 🗆 |  |
| Har du matallergi eller intoleranse? | 🗆 | 🗆 |  |
| Har du kroniske mage-tarm-problemer? | 🗆 | 🗆 |  |

\* Dersom det er mistanke om smitte direkte fra dyr, spør hva slags dyr vedkommende var i kontakt med, hvor og når.

|  |
| --- |
| **■ Kostanamnesen** |

Dersom informanten ikke har begrunnet mistanke til et spesielt måltid, matvare eller rett, som du finner sannsynlig, kan det være aktuelt å ta opp en mer fullstendig kostanamnese. Husk at de fleste, ofte feilaktig, mistenker det siste måltidet før de ble syke, eller produkter som har fått negativ omtale i massemedia.

Noter hva vedkommende har spist i tiden før sykdommen startet. Hvis symptomene tyder på at det er en intoksikasjon: de siste åtte timene før sykdommen. Hvis symptomene tyder på en infeksjon: de siste 3-4 dagene før sykdommen. Hvis diagnosen er kjent, bruk inkubasjonsperioden for sykdommen (se bakgrunnskapittelet i Utbruddsveilederen om Næringsmiddelbårne sykdommer og zoonoser).

Dersom flere er blitt syke, noter hvilke måltider og matvarer som var felles for de syke. Noter også hvor og når maten ble spist.

(Se neste side)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dato** | **Frokost** | **Lunsj** | **Middag** | **Annen mat** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Hvordan kan jeg kontakte deg senere?

**Takk for at du tok kontakt!**

**Husk å varsle kommuneoverlegen**