

# Undersøkelse av utbrudd av matbåren sykdom

Dato skjemaet ble fylt ut:

## ■ Opplysninger om den som besvarer skjemaet

Navn:	
Fødselsdato:	
Adresse:	
Telefon, for senere kontakt:	

Deltok du på [sett inn navn på selskapet/arrangementet, og dato]?

Ja  Nei

*Dersom svaret er NEI på dette spørsmålet, trenger du IKKE svare på resten av skjemaet. Send det likevel inn.*

I uken etter [sett inn navn på selskapet/arrangementet], fikk du oppkast, diare, magesmerter eller andre problemer med magen?

Ja  Nei  Usikker  Kommentarer:

*Dersom svaret er NEI på dette spørsmålet, hopp over resten av spørsmålene på denne siden, men besvar spørsmålene på de to neste sidene.*

## ■ Spørsmål bare de syke skal svare på

### Hvilke symptomer hadde du?

Noter når symptomer startet (dato, klokkeslett) og hvor lenge de varte (antall dager eller timer)

	Ja	Nei	Usikker	Når startet symptomene? Hvor lenge varte de?
Kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blod i avføringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temperatur?
Andre symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Når ble du syk? Dato og klokkeslett:	
Er du fremdeles syk?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/>
Hvis nei, hvor lenge varte sykdommen? Dager:	

■ Spørsmål alle skal svare på, både de syke og de friske

Nedenfor følger en liste over alt som ble servert.

Vennligst svar på alle spørsmålene: kryss av "ja" for de rettene du sannsynligvis spiste, og kryss av "nei" for de rettene du sannsynligvis ikke spiste. Dersom du er i tvil, kryss av for "usikker".

**Spiste du noen varme retter?**

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Spiste du noen kalde kjøttretter?**

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Spiste du kalde fiskeretter eller skalldyr?**

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Spiste du grønnsaksalater eller majonesalater?

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Spiste du desserter, oster eller frukt?

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Hvilke drikkevarer brukte du?

	Ja	Nei	Usikker	Kommentarer:
Rett 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rett 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Takk for hjelpen!**