

**FORMULARIO PARA NOTIFICACIÓN
DE CASOS DE ENFERMEDAD ALIMENTARIA**

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:

Edad: Sexo: Ocupación: Tel:

Dirección: Localidad/Prov.:

SINTOMAS CLINICOS: (marcar con una x)

Naúseas Vómitos Dolor abdominal Diarrea Fiebre (°C) Deshidratación

Otros Síntomas

Fecha y hora de la ingestión:

Fecha y hora del comienzo de los síntomas:

Período de incubación (en hs):

LISTADO DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LAS ÚLTIMAS 24 hs.

Alimento probablemente sospechoso:

Nombre y teléfono de otras personas que ingirieron los alimentos sospechosos:

Lugar de ingesta:

Médico/Servicio que intervino:

Medicación indicada:

Nombre y apellido del notificador:

Dirección: Tel/Fax:

Resultados de laboratorio:

Fecha y firma del notificador: