

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

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y apellido:.....
Edad: Sexo:..... Ocupación:.....Tel:.....
Dirección: Localidad/Prov.:.....

SÍNTOMAS CLÍNICOS: (marcar con una x)

Náuseas Vómitos Dolor abdominal Diarrea Fiebre(°C)... Deshidratación

Otros Síntomas

LISTADO DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LAS ÚLTIMAS 24 – 48 -72 hs.

Fecha y hora de la ingestión del alimento sospechoso:.....

Fecha y hora del comienzo de los primeros síntomas:.....

Período de incubación (en hs):.....

Diagnóstico presuntivo:

Alimento probablemente sospechoso:.....

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

Lugar de ingesta:.....

Médico/ Servicio que intervino:.....

Nombre y apellido del notificador:.....

Dirección:.....

Tel/Fax:.....

Resultados de laboratorio:.....

Fecha y firma del notificador