



## Frågeformulär vid misstänkt matförgiftning och/eller misstänkt vattenburen smitta

### A. Allmän del

Datum för anmälan	Tid för insjuknande	Namn på inspektör
Namn (meddela rätt att vara anonym)	Telefon	Önskar återkoppling Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gatuadress	E-post	
Antal personer i hushållet/sällskapet	Varav magsjuka	Inte magsjuka
Hushållet/sällskapet har <input type="checkbox"/> Kommunalt vatten, vattenverk:		<input type="checkbox"/> Gemensam anläggning:
Hushållet/sällskapet har <input type="checkbox"/> Ätit på restaurang, vilken:		Datum & tid:

Fyll i tabellen för samtliga i hushållet/sällskapet, sjuka som friska. ”Ja” på frågorna markeras med

<b>Kön/Person</b> (skriv in i rutorna)					
<b>Ålder</b>					
<b>Frisk/sjuk</b>					
<b>Insjuknat datum/klockan</b>					
<b>När försvann symtomen?</b>					
<b>Symptom</b>					
magont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tillståndet</b>					
frisk fr.o.m					
ännu sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återinsjuknat datum					
<b>Ätit på ovan nämnd restaurang/ anläggning – och vad</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Dricker kranvatten</b>					
dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varje vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Övrigt</b>					
<b>Har någon i hushållet...</b>					
varit i kontakt med djur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varit i kontakt med jord/gödsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
badat i pool/badhus/sjö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varit utomlands <14 dgr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
druckit vatten från egen brunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umgått med magsjuk person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har ni sökt vård, och vilken bedömning gjordes då?

Har ni lämnat avföringsprov? Om ja, vilken bedömning gjordes utifrån resultat?

Om vi anser det relevant att lämna avföringsprov, meddela då att vi kontaktar smittskyddet som kommer att kontakta hälsocentralen och kunden. Smittskyddet kommer berätta hur kunden ska gå till väga.

**Efter eller under ifyllande gör inspektören en bedömning om det verkar röra sig om misstänkt matförgiftning (fyll i del B) eller vattenburen smitta (fyll i del A). Om det är svårt att avgöra så fylls båda delar i.**

### **B. Misstänkt matförgiftning**

Vad har ni ätit de senaste dygnet? Hemma och på restaurang/offentlig anläggning. (beskriv så utförligt som möjligt alla måltider 1-3 dygn före insjuknandet, samt måltiden precis innan sjukdomsutbrottet)



Varför tror du att ni blev sjuka av maten? Var det något fel på maten? (temperatur, smak, utseende etc.)

Hur lång tid efter måltiden uppstod symtomen?

Har de som blivit sjuka eller någon i hushållet allergi mot livsmedel? Om ja, mot vad?

Övriga anteckningar

### **C. Misstänkt vattenburen smitta**

Har ni känt någon ovanlig lukt eller smak på dricksvattnet? I så fall från vilken tidpunkt?

Har ni sett någon ovanlig färg eller grumlighet på dricksvattnet? I så fall från vilken tidpunkt?

Har ni de senaste dagarna druckit okokt vatten på andra platser än i hemmet? I så fall vart och när?



Om ni har en gemensamhetsanläggning för dricksvatten, har någon sett över brunnen  
(Inläckage ytvatten, otätheter, skydd för skadedjur mm)?

Om ni har kommunalt vatten, har någon i din omgivning reagerat på vattnet och har någon  
anmälan gjorts till kommunens tekniska avdelning?

Övriga anteckningar