|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\toloveka\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\sotkamo_logo_sininen_3r.png  **Kainuun**  **ympäristöterveyspalvelut** | **Ilmoitus ruokamyrkytysepäilystä** |
| **Dnro ja saapumispäivämäärä** (viranomainen täyttää) |

**Lomake lähetetään osoitteella Kainuun ympäristöterveyspalvelut, Tehdaskatu 11, 87100 Kajaani   
tai sähköpostitse osoitteella** [**ymparistoterveys@sotkamo.fi**](mailto:ymparistoterveys@sotkamo.fi)**. Ilmoitus sairastumisesta voidaan tehdä myös puhelimitse oman alueesi terveystarkastajalle.**

**Täytetään soveltuvin osin**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ilmoittaja | Ilmoittajan asema | sairastunut  keittiötyöntekijä | | | | | | |
| muu, mikä | | | | | | |
| Ilmoittajan nimi, osoite ja postitoimipaikka | | | | Puhelinnumero ja sähköpostiosoite | | | |
| 2. Ruokailu | MISSÄ epäilty ruoka on syöty? | | |  | | | | |
| MILLOIN ruokailu on tapahtunut? | | |  | | | | |
| **MITÄ tarjolla olevia elintarvikkeita söit (myös leivät ja juomat)?** | | | | | **Söin** | **En syönyt** | **En muista** |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
|  | | | | |  |  |  |
| Mitä sairastunut epäilee oireiden aiheuttajaksi | | |  | | | | |
| 3. Oireet | Oireiden alkamisajankohta (pvm, klo) | | | | | | | |
| **Oire** | | **Kyllä** | **Oireiden kesto (h) tuntia** | | | | |
| Pahoinvointi | |  |  | | | | |
| Oksentelu | |  |  | | | | |
| Ripuli | |  |  | | | | |
| Mahakipu | |  |  | | | | |
| Päänsärky | |  |  | | | | |
| Väsymys | |  |  | | | | |
| Kuume | |  |  | | | | |
| Lihaskipu | |  |  | | | | |
| Nivelkipu | |  |  | | | | |
| Verta ulosteessa | |  |  | | | | |
| Muu, mikä | |  |  | | | | |
| 4. Lisätiedot | Muiden ruokailuun osallistuneiden määrä ja oliko heissä sairastuneita? | | |  | | | | |
| Onko ilmoittajan lähipiirissä ollut vastaavia oireita viimeisen viikon aikana? | | |  | | | | |
| Oletko ollut ulkomailla tai matkustanut kotimaassa 2 viikon aikana ennen sairastumistasi? | | |  | | | | |
| Oletko saanut hoitoa sairastumisen vuoksi? | | |  | | | | |
| Muut lisätiedot | | |  | | | | |
| Päiväys ja allekirjoitus | Päivämäärä Paikka | | | Allekirjoitus ja nimenselvennys | | | | |

|  |
| --- |
| **Lomake lähetetään osoitteella Kainuun ympäristöterveyspalvelut, Tehdaskatu 11, 87100 Kajaani  tai sähköpostitse osoitteella** [**ymparistoterveys@sotkamo.fi**](mailto:ymparistoterveys@sotkamo.fi)**. Ilmoitus sairastumisesta voidaan tehdä myös puhelimitse oman alueesi terveystarkastajalle.** |