

استمارة شكوى بشأن الأمراض المنقولة عن طريق الطعام

تاريخ الإخطار: _____ الوقت: _____

معلومات الاتصال:

الاسم: _____

العنوان: _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

الطعام المستهلك: _____

متى تم تناوله: _____

هل هناك أي تغيير في القائمة _____

ما هي الأعراض التي تشعر بها: _____

متى بدأت تشعر بالأعراض؟ _____

هل هناك آخرون شاركوا في تناول الوجبة؟ هل أصيب أي منهم بالمرض أيضاً؟ _____

الملاحظات:

شجع المتصل على الاتصال أيضاً بإدارة الصحة المحلية. يمكن لإدارة الصحة المحلية استخدام معلوماتها لتحديد ما إذا كان هناك تفشي للمرض وما إذا كان هناك حاجة لاتخاذ أي إجراءات إضافية.

إدارة الصحة المحلية: _____

معلومات الاتصال: _____

بلغ إدارة الصحة المحلية إذا تلقيت أكثر من شكوى واحدة بشأن مرض مشابه.

