

# TOXINFECÇÃO ALIMENTAR

## INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

### Identificação

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento (ano/mês/dia)

Morada \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Telefone

Centro de Saúde da área de residência \_\_\_\_\_ Nº de utente do SNS

### Inquérito alimentar

(Escreva os alimentos que ingeriu, e as datas respectivas)

↓ Data   ↓  
          dia    mês

(4 dias antes do início dos sintomas)

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-

↓ Data   ↓  
          dia    mês

(3 dias antes do início dos sintomas)

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-

↓ Data   ↓  
          dia    mês

(2 dias antes do início dos sintomas)

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-

↓ Data   ↓  
          dia    mês

(1 dia antes do início dos sintomas)

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-

### Inquérito clínico

(Se não adoeceu não necessita de responder às perguntas que se seguem)

Data em que se sentiu doente:    dia /    mês      A que horas se sentiu doente (hora aproximada):    horas :    minutos

Sinais e sintomas (assinale com uma X no quadrado respectivo, e escreva os outros sintomas que teve):

	NÃO	SIM
Náuseas (enjoos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarreia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores abdominais (cólicas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febre (Quanto? <u>  </u> °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros sinais e sintomas? Quais? (p.f. especifique)
1-
2-
3-
4-
5-
6-

Recorreu a algum Centro de Saúde, Hospital ou médico privado?  NÃO  SIM Se SIM, qual? \_\_\_\_\_

Análises que efectuou (assinale com uma X no quadrado respectivo):

	NÃO	SIM
Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Efectuou outras análises? Quais? (p.f. especifique)
1-
2-
3-

Se foi observado no **Hospital** ou no **Centro de Saúde**, que encaminhamento lhe foi dado (assinale com uma X no quadrado respectivo):

	NÃO	SIM
Teve alta imediata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficou em observação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ficou internado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se a resposta foi «SIM», diga durante quanto tempo? (horas ou dias)
⇒
⇒

**Medicação:**

Foram-lhe receitados alguns medicamentos para tomar em casa?  NÃO  SIM

Se a resposta à pergunta anterior foi «SIM» (medicação para fazer em casa), refira o nome dos medicamentos, dose e duração do tratamento:

NOME DO MEDICAMENTO	DOSE	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		

Data em que desapareceram os sinais e sintomas: \_\_\_\_\_ dia / \_\_\_\_\_ mês / 200 \_\_\_\_

Inquérito efectuado por (nome legível): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Categoria profissional: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Telefone do local de trabalho: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

-----  
Espaço reservado ao DSC  
-----