Al Dipartimento di Prevenzione

dip.prevenzionecentro@atssardegna.it

dip.prevenzionecentro@pec.atssardegna.it

Scheda di prima segnalazione sospetta malattia trasmessa da alimenti (MTA)
(Barrare con X le voci pertinenti)

Sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

Segnalazione pervenuta/inviata in data...../...../..... Ora:.....da parte di:

.....

Recapito tel.: ..... e-mail……

Mezzo (PEC/mail/in presenza ecc.:……..

- ❑ **evento epidemico**
- ❑ **caso singolo**

numero di persone sintomatiche:.....
numero di persone ospedalizzate:.....
numero partecipanti al pasto:.....

Pasto sospetto consumato in data: ...../...../.....Ora: .....

Presso:
- ❑ abitazione privata
- ❑ ristorazione pubblica (ristorante, bar, ecc.)
- ❑ ristorazione collettiva (mense scolastiche, aziendali, ecc.)
- ❑ altro (specificare): .....
- ❑

Luogo di preparazione/acquisto/consumazione alimento/i sospetto/i:
Comune:.....Via:.....
Denominazione esercizio: .....
Sintomi riferiti:
Data comparsa: ...../...../..... Ora: .....
- ❑ febbre
- ❑ nausea
- ❑ vomito
- ❑ diarrea
- ❑ dolori addominali
- ❑ eruzione cutanea
- ❑ altro……

Eventuali Accertamenti laboratorio:……

Medico curante:.....

È necessario comunicare che non devono essere gettati via alimenti o residui di alimenti consumati nelle ultime 48/72 ore.

Data ...../..../..... Ora: ..... Firma……..

Qualifica e firma operatore ASL