



## Älvkarleby kommun

Älvkarleby kommun Box 4, 814 21 Skutskär  
026-830 00 Bygg.miljo@alvkarleby.se

## Anmälan om misstänkt matförgiftning

Med hjälp av det här formuläret kan du anmäla misstanke om matförgiftning inom Älvkarleby kommun. För att vi ska kunna hantera din anmälan så snabbt och effektivt som möjligt behöver vi utförliga svar på frågorna nedan.

Var åt du eller hämtade mat? Det kan röra sig om restaurang, gatukök, skola, vårdinrättning, livsmedelsbutik eller annan typ av försäljning \* (obligatorisk)

När åt ni maten? (datum och klockslag) \* (obligatorisk)

Vad åt ni som insjuknade? Ange all den mat som du misstänker orsakat matförgiftningen? \* (obligatorisk)

*Ange så utförligt som möjligt vad den misstänkta måltiden innehöll. Om ni är flera som blev sjuka är det bra om du kan precisera vad var och en åt t.ex.: Sjuk person 1: Toast skagen, entrecote med bearnaise och pommes, tomat och böngroddar, fanta från automat, glass med chokladsås.*

*Sjuk person 2: Toast skagen, pizza med skinka och champinjoner, vitkålssallad, majs och böngroddar, vatten från tillbringare, rödvin, glass med chokladsås, kaffe.*

Drack ni som insjuknade dryck från exempelvis dryckesautomat, öltapp? \* (obligatorisk)

Ja

Nej

Var det personer i ditt sällskap som inte insjuknade? \* (obligatorisk)

Ja

Nej

Vad åt de som inte insjuknade? Ange så utförligt som möjligt. (Hoppa över om du svarade nej på föregående fråga)

Hur många blev sjuka? \* (obligatorisk)

Vilka symptom fick du? \* (obligatorisk)

- Illamående
- Diarré
- Annat, beskriv symtomet \_\_\_\_\_
- Buksmärtor
- Feber
- Kräkning
- Huvudverk

Hur snart efter måltiden uppstod symptom och hur länge varade de? Specificera för varje typ av symptom. \* (obligatorisk)

<input type="checkbox"/> Illamående _____	<input type="checkbox"/> Feber _____
<input type="checkbox"/> Diarré _____	<input type="checkbox"/> Kräkning _____
<input type="checkbox"/> Annat _____	<input type="checkbox"/> Huvudverk _____
<input type="checkbox"/> Buksmärtor _____	

Har du blivit tvungen att uppsöka sjukvård? \* (obligatorisk)

- Ja
- Nej

Vilken diagnos fick du av läkaren? (Hoppa över om du svarade nej på föregående fråga.)

Har du någon känd allergi eller överkänslighet mot livsmedel? \* (obligatorisk)

- Ja
- Nej

Specificera allergi eller överkänslighet om du svarade ja på föregående fråga.

Har du varit utomlands den senaste veckan? \* (obligatorisk)

- Ja
- Nej

## Kommunicering

Hur kan vi komma i kontakt med dig? Om du vill vara anonym kan du välja att inte lämna några kontaktuppgifter nedan, men då kan vi inte återkomma till dig om vi har behov av ytterligare information. Chansen att vi ska kunna utreda din anmälan minskar då.

Om du anger en e-postadress kommer Älvkarleby kommun att använda den som främsta sätt för kommunikering och delgivning av beslut.

Förnamn	Efternamn
Adress	Postnummer och postort
Telefonnummer	E-post

### Blev någon mer sjuk?

Uppmana gärna dem att göra en egen anmälan! Om du känner till att fler personer i sällskapet blev sjuka får du gärna be dem att själva gå in och göra en egen anmälan.

*De personuppgifter som du lämnar till oss kan komma att sparas och behandlas i enlighet med Bygg- och miljöavdelningens principer för dataskydd. <https://www.alvkarleby.se/personuppgifter-byggochmiljo>*

## Övriga upplysningar

till exempel iakttagelser från matstället.