

Universidade Federal de São João del-Rei Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis

Investigação de Suspeita de Toxinfecção Alimentar

Data da ocorrência:						
Nome do reclamante:						
Local de aquisição do prod	duto suspeito:					
Vínculo com a UFSJ:	` '	e de gradu e de Pós G	ação Graduação	() Servid	lor () Visitante orador Terceirizado	
Descrição da reclamação:	• •		•	, ,		
Descrição detalhada do pr	oduto consumid	0:				
			() Diarreia	-11	() Febre	
Sintomas apresentados pelo reclamante:			() Cólicas Intestinais() Ânsias		() Fraqueza muscular () Dores de Cabeça	
			() Vômitos		() Tonturas	
Descrição de outros sintor	nas:		() ***********************************		() remarks	
Tempo decorrido entre o c	onsumo e o apa	recimento	dos primeiros	sintomas:		
Número de acompanhante	s durante o con	sumo do p	oroduto suspeit	to:		
Quantos acompanhantes a	apresentaram os	mesmos	sintomas?			
Sintomas apresentados pe	elos consumidore	es acompa	anhantes:			
Houve internação ambulat	orial?	() Sim	() Não			
	Quando?	,	. ,	Por quant	to tempo?	
Se sim:	Onde?	Onde?				
	Nome do m	Nome do médico:				
Descrição completa das re	feições anterior	es e poste	riores à reclan	nada:		
_						
Data:						
Assinatura do reclamante:						

^{**} Entregar este formulário no restaurante da unidade educacional em que ocorre a suspeita de toxinfecção alimentar.