

Recueil de données TIAC

(P.S : En fonction des données recueillies, l'enquête peut s'étendre sur les deux jours précédents)

Dans le cadre de l'approche épidémiologique d'une T.I.A.C., le principe de l'enquête «cas témoins» ou de « cohorte » est mis en oeuvre.

Un questionnaire individuel doit être renseigné pour chaque individu présent au repas incriminé qu'il soit malade ou non malade.

L'ensemble des questionnaires est à retourner à la Direction de la Santé, Bureau de Veille Sanitaire.

Tél : 488 201 Fax : 488 212 Mail : veille@sante.gov.pf

Enquête Toxi-Infection Alimentaire Collective Questionnaire individuel à renseigner pour les malades et les non malades

Nom de l'établissement : Date :/...../.....

Identification de l'individu :

Nom- Prénom (initiales seulement) : Age : ans Sexe * : F M

Repas consommés dans l'établissement

Dernier repas			Avant-dernier repas		
Date...../...../..... Heure :			Date :/...../..... Heure :		
Composition du menu (indiquer ici le nom des plats)	Consommé *		Composition du menu (indiquer ici le nom des plats)	Consommé *	
	oui	non		oui	non
1 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boisson consommée :			Boisson consommée :		
(Eau : préciser eau du robinet ou en bouteille)			(Eau : préciser eau du robinet ou en bouteille)		

Etat de santé * : Malade Non malade

Symptômes * : (à ne remplir que si la case «malade» a été cochée)

• Apparition des symptômes Date :/...../..... Heure :

(cocher la case lorsque le symptôme a été réellement ressenti par le malade)

Nausées

Vomissements

Douleurs abdominales

Fièvre

Diarrhée

Diarrhée sanglante

• Autres symptômes :

Commentaire particulier : (pour un malade, préciser la nature des analyses pratiquées, le traitement médical prescrit et l'éventuel lieu d'hospitalisation)

.....
.....
.....

* Cocher les cases correspondantes