附件

医院疑似食源性疾病就诊信息报告表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本****情况** | 就餐地点 |  |
| 共同就餐人数 |  |
| 发病时间 |  |
| 到医院就诊人数（年龄、性别情况，少数民族或外籍人员需注明） |  |
| 接受治疗人数 |  | 门诊治疗人数 |  |
| 留院输液观察人数 |  |
| 住院治疗人数 |  |
| 重症病例数 |  | 死亡病例数 |  |
| 可疑餐次 |  |
| 可疑食品 |  |
| 其它 |  |
| **主要症状及体征** | 1. 恶心、
2. 呕吐
 |  | 2.发热 |  | 3.腹痛 |  | 4.腹泻 |  |
| 5.头昏、头痛 |  | 6.紫绀 |  | 7.其它 |  |  |  |
| **实验室****检测结果** | 血样 |  |
| 粪便 |  |
| 其它 |  |
| **样品保留情况** | 呕吐物 | 1.有 |  | 2.无 |  |
| 粪便 | 1.有 |  | 2.无 |  |
| 其它 |  |
| **初步****临床****诊断** |  |
| **治疗****及转归** |  |
| **报告****单位** |  | **联系人** |  |
| **报告****时间** |  | **联系****电话** |  |
| **备注：**需进一步说明的事项 |  |