



FORMULAIRE DE PLAINTE

Plainte reçue le : par

De : Madame Monsieur
.....

Téléphone :

Adresse :

E-mail :

Relative à : Marchandise Hygiène
 Problèmes de santé Divers

Marchandise

A acheté / constaté le :

Chez :

Les denrées ou objets usuels suivants :

périmé(e)s altéré(e)s

Hygiène

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

Problèmes de santé

Plat consommé :

Quels autres aliments ont été consommés (jusqu'à 24h auparavant) ?

.....

Le plat a-t-il été consommé dans un établissement ? oui non

Nom et adresse de l'établissement

.....

Symptômes prédominants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Vomissements |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées | <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées, urticaire |
| <input type="checkbox"/> Crampes / douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Fièvre (si oui quelle température ? °C) |
| <input type="checkbox"/> Autres malaises ou dérangements | |

Combien d'heures / jours après la consommation les troubles sont-ils survenus ?

.....

Durée des troubles survenus ? (heures / jours)

.....

La personne malade est-elle maintenant rétablie ? oui non

Les mêmes troubles sont-ils apparus chez plusieurs autres personnes proches ?

.....

Le produit incriminé a-t-il été consommé par ces personnes malades ? oui non

Le produit incriminé a-t-il été consommé par d'autres personnes sans apparition des troubles ?

oui non

Un médecin a-t-il été consulté ? oui non

Ce médecin a-t-il effectué une analyse bactérienne ? oui non

Si oui, quelle analyse (sang / selles, autre) :

Le résultat de cette analyse est-il connu ? oui non

(si oui prière de joindre le résultat de l'analyse)

Divers :

.....

Case destinée au secteur inspectorat du SCAV

Dossier pris en charge par :

Suites données :

.....