ANNEXE 1
TABLEAU DES PERSONNES EXPOSÉES
BOTULISME ALIMENTAIRE

Nom de l'aliment suspecté : _____ (utiliser une feuille par aliment suspecté)

Nom, prénom Sexe F/M	DDN AA/MM/JJ	# Dossier C. S.	A-t-il consommé l'aliment? oui/non	Date et heure à laquelle l'aliment a été consommé	Quantité ingérée*	Symptômes présentés (énumérer svp)	Date et heure début symptômes	Antitoxines botuliniques administrées (date et heure)	Commentaires (ex. : si personne évaluée, en observation, hospitalisation, transfert, etc...)

*** 1) Moins d'une c. à thé 2) Moins de ½ tasse 3) Environ ½ tasse 4) Entre ½ tasse et 1 tasse 5) 1 tasse 6) Plus d'une tasse**

NOM de l'infirmière _____ SIGNATURE : _____ DATE :