

**Departamento Vigilancia Alimentaria  
Instituto Nacional de Alimentos  
ANMAT**

**Estados Unidos 25 (1101) Ciudad de Buenos Aires  
Te: 0-800-222-6110/ (011) 4340-0888/9  
Email: [vigj.alimentaria@anmat.gov.ar](mailto:vigj.alimentaria@anmat.gov.ar)**

**FORMULARIO PARA NOTIFICACIÓN  
DE CASOS DE ENFERMEDAD ALIMENTARIA**

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre y apellido: .....  
Edad: ..... Sexo: ..... Ocupación: .....  
Tel: .....  
Dirección: ..... Localidad/Prov.: .....

**SÍNTOMAS CLÍNICOS: (marcar con una x)**

Náuseas   Vómitos   Dolor abdominal     
Diarrea    Fiebre (°C) ....    Deshidratación

**Otros síntomas**

**LISTADO DE LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS EN LAS ÚLTIMAS 24 – 48 -72 hs.**

-----  
-----  
-----  
-----

Fecha y hora de la ingestión del alimento sospechoso: .....  
Fecha y hora del comienzo de los primeros síntomas: .....  
Período de incubación (en hs): .....  
Diagnóstico presuntivo: .....

Alimento probablemente sospechoso: .....  
Nombre y teléfono de otras personas que ingirieron los alimentos sospechosos: .....  
.....

Lugar de ingesta: .....  
Médico/ Servicio que intervino: .....  
Nombre y apellido del notificador: .....  
Dirección: .....  
Tel/Fax: .....  
Resultados de laboratorio: .....

**Fecha y firma del notificador**