

1 Region and Laboratory / Région et laboratoire	2 Date Complaint Received Date de réception de la plainte Y/A M D/J	3 Laboratory Identification No. / Country of Origin N° d'identification du laboratoire / Pays d'origine
4 Date Illness Occured Date d'apparition de la maladie Y/A M D/J	5 Date Illness Reported Date à laquelle la maladie a été signalée Y/A M D/J	6 Number of people affected Nombre de personnes touchées
7 Total number that consumed food Nombre de personnes qui ont consommé le produit	8 Illness symptoms, severity and duration Symptômes (Gravité et durée)	<input type="checkbox"/> Nausea / Nausée <input type="checkbox"/> Vomiting / Vomissement <input type="checkbox"/> Prostration <input type="checkbox"/> Fever / Fièvre Specify / Précisez <input type="checkbox"/> Diarrhea / Diarrhée <input type="checkbox"/> Other / Autre
9 Elapsed time from eating to symptoms developing Temps écoulé entre la consommation du produit et l'apparition des premiers symptômes	10 Overall duration of illness Durée de la maladie	11 Was a doctor consulted? Un médecin a-t-il été consulté? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non
12 Doctor's diagnosis / Diagnostic du médecin	13 Doctor's name, address and telephone no. Nom, adresse et n° de téléphone du médecin	
14 Where was food eaten? Où la nourriture a-t-elle été consommée? <input type="checkbox"/> Private Residence / À la maison <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Other / Autre	15 Was meal catered? Le repas a-t-il été préparé par un traiteur? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	16 Other foods and beverages consumed around the same time (within 24 hours) Autres aliments et boissons consommés pendant la même période (en deçà de 24 h)
Name of Restaurant / Other Nom du restaurant / Autre	17 Form in which food product purchased Forme sous laquelle le produit a été acheté <input type="checkbox"/> Fresh / Frais <input type="checkbox"/> Canned / En conserve <input type="checkbox"/> Marinated / Mariné <input type="checkbox"/> Frozen / Congelé <input type="checkbox"/> Smoked / Fumé <input type="checkbox"/> Other / Autre Specify / Précisez	18 Elapsed time from purchase to using Temps écoulé entre l'achat et la consommation
19 Elapsed time from opening container to using Temps écoulé entre l'ouverture du contenant et la consommation	20 Cooking time / Temps de cuisson	21 Cooking temperature / Température de la cuisson °C °F
22 If frozen, was product thawed before cooking? Si congelé, le produit a-t-il été dégelé avant la cuisson? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	23 If thawed, how thawed? / Si dégelé, comment?	24 Appearance before cooking / Apparence avant la cuisson
25 Portion size / Taille des portions	26 Noticeable odor before cooking? Odeur spéciale avant la cuisson? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	27 Cooking method / Méthode de cuisson <input type="checkbox"/> Spices / Épices <input type="checkbox"/> Batter / Pâte à frire <input type="checkbox"/> Sauce Breeding / Panure Other / Autres Specify / Précisez
28 Product odor when served / Odeur du produit	29 Elapsed time from cooking to serving Temps écoulé entre la cuisson et la consommation	30 Was product refrigerated after cooking? Le produit a-t-il été réfrigéré après la cuisson? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non
31 Duration of refrigeration before serving Durée de réfrigération	32 What ingredients were used in product preparation? Quels ingrédients sont entrés dans la préparation du produit?	35 Test results / Résultats
33 Sample collected for bacteriological and / or chemical testing? Un échantillon a-t-il été recueilli pour analyse bactériologique et(ou) chimique? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	34 Date of analysis Date de l'analyse Y/A M D/J	
36 Evaluation and action taken / Évaluation et mesures prises		
37 Date of report / Date du rapport Y/A M D/J	38 Examining Office / Responsable de l'examen	