



ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΟΣ  
ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ ΕΝΤΕΡΟΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟ ΚΟΛΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ			
Όνομα συνεντευξιαστή:	.....	Ημερομηνία συνέντευξης:	___/___/___
Όνοματεπώνυμο συνεντευξιαζόμενου:	.....		
Πληροφορίες από:	<input type="checkbox"/> Κρούσμα	<input type="checkbox"/> Γονέα κρούσματος	<input type="checkbox"/> Άλλο
			Εάν άλλο, προσδιορίστε: .....

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΣΗ							
Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων:	___/___/___	Ακόμη ασθενής:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	Διάρκεια συμπτωμάτων (ημέρες): .....			
<b>Συμπτώματα</b>		<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Δεν είμαι σίγουρος</b>	<b>Σε εξέλιξη</b>	<b>Διάρκεια (ημέρες)</b>	<b>Ημ/νία έναρξης</b>
Διαρροϊκές κενώσεις (≥3 /24ωρο)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Αιμορραγικές κενώσεις		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Ναυτία		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Έμετοι		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Κοιλιακό άλγος		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Πυρετός		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___
Άλλο (περιγράψτε):		.....					
Επισκεφθήκατε δομή παροχής υπηρεσιών υγείας;	<input type="checkbox"/> Νοσοκομείο/ Κέντρο Υγείας (ΚΥ)	<input type="checkbox"/> Ιδιώτη ιατρό		<input type="checkbox"/> Και τα δύο	<input type="checkbox"/> Άλλο (διευκρινίστε):		.....
Δώσατε κόπρανα ή αίμα για καλλιέργεια:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι						
Εάν ναι:	Αποτέλεσμα καλλιέργειας: .....			Εργαστήριο: .....			
Νοσηλεία σε Νοσοκομείο/ΚΥ:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			Ημ/νία εισαγωγής:		___/___/___	
Νοσοκομείο/ ΚΥ:	.....			Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες):		.....	
Λάβατε αντιβιοτικά;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω			Εάν ναι, περιγράψτε:		.....	
Λάβατε αντιδιαρροϊκά;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω			Εάν ναι,		.....	

		περιγράψτε:	
Υπάρχουν άτομα στο περιβάλλον σας με παρόμοια συμπτώματα:		<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω	
Όνοματεπώνυμο		Τηλ. Επικοινων.	Πριν <input type="checkbox"/> Μετά <input type="checkbox"/>
Όνοματεπώνυμο		Τηλ. Επικοινων.	Πριν <input type="checkbox"/> Μετά <input type="checkbox"/>
Έκβαση:	Ίαση <input type="checkbox"/>	Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/>	Ουραιμικό-αιμολυτικό σύνδρομο/ θρομβωτική θρομβοπενική πορφύρα <input type="checkbox"/>
		Θάνατος <input type="checkbox"/>	Ημ/νία θανάτου: _____/_____/____

**ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Ταξιδέψατε <b>εκτός</b> Ελλάδας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
Αν ναι, αναφέρετε τις χώρες (από την πιο πρόσφατη στην παλαιότερη)			
Ταξιδέψατε <b>εντός</b> Ελλάδας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		
Αν ναι, περιγράψτε (από την πιο πρόσφατη στην παλαιότερη):			
<b>Πόλη/Περιοχή</b>	<b>Ημ/νία άφιξης</b>	<b>Ημ/νία αναχώρησης</b>	<b>Λεπτομέρειες</b>
.....	____/____/____	____/____/____	.....
.....	____/____/____	____/____/____	.....
.....	____/____/____	____/____/____	.....
Εάν ναι, περιγράψτε το είδος του καταλύματος (ξενοδοχείο, ενοικιαζόμενα κ.α.):		.....	
Όνομα καταλύματος:	.....		

**ΕΝΟΤΗΤΑ Δ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ/ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Φάγατε εκτός σπιτιού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι				
<b>Χώρος</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Επωνυμία/Τοποθεσία χώρου</b>	<b>Ημ/νία:</b>	<b>Τρόφιμα:</b>
Εστιατόριο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	____/____/____	
Εστιατόριο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	____/____/____	
Φαγητό σε πακέτο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	____/____/____	
Φαγητό σε πακέτο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	____/____/____	

Καφέ/Καντίνα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___		
Πάρτυ/BBQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___		
Άλλο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___		
Άλλο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	___/___/___		
Χειρίζεστε/παρασκευάζετε/μαγειρεύετε το φαγητό στο σπίτι;			Πάντα <input type="checkbox"/>	Συνήθως <input type="checkbox"/>	Περιστασιακά <input type="checkbox"/>	Ποτέ <input type="checkbox"/>
Καταναλώσατε ή χειριστήκατε κάτι από τα παρακάτω:						
	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b>Προϊόν (π.χ. φιλέτο, μάρκα)</b>	<b>Από που το προμηθευτήκατε ( π.χ super market στην X1 περιοχή)</b>		
<b>ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ</b>	Ωμό μοσχάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Ωμά πουλερικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Ωμό αρνί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Ωμό χοιρινό/χοιρομέρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Άλλο ωμό κρέας (π.χ. κατσικάκι, κυνήγι, κ.α.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Ωμά λαχανικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Τροφή ζώων/κατοικίδιων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	<i>Αν ναι, περιγράψτε:</i>					
Ωμό κρέας-τροφή για κατοικίδια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....		
<b>ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ</b>	Οποιοδήποτε κρέας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Εάν ναι, περιγράψτε:</i>		
	Μαγειρεμένο μοσχάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Μαγειρεμένα πουλερικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Μαγειρεμένο αρνί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Μαγειρεμένο χοιρινό/χοιρομέρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Άλλο μαγειρεμένο κρέας (κατσικάκι, κυνήγι, κ.α.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	
	Αλλαντικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	

	Άλλα επεξεργασμένα κρέατα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Ψάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Οστρακοειδή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Παστεριωμένο γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Μη παστεριωμένο γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Σκληρά τυριά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Φρέσκα/Μαλακά τυριά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Γιαούρτι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Κρέμα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Παγωτό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ	Μη παστεριωμένα γαλακτοκομικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Iceberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Μαρούλι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Λόλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Ρόκα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Σπανάκι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Συσκευασμένη ανάμεικτη σαλάτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Βαλεριάνα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Φρέσκα μυρωδικά (μαϊντανός, σέλινο, κτλ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Αρακάς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Ωμά λαχανικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Ωμά/Φρέσκα Φρούτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Μούρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Τεμαχισμένα φρούτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
	Έτοιμες φρουτοσαλάτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Φύτρα σπόρων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	

Ωμά/Φρέσκα Βότανα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Χυμοί φρούτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Συσκευασμένα σάντουιτς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Μη συσκευασμένα σάντουιτς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Άλλα τρόφιμα (π.χ. ξηροί καρποί, γλυκά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

**ΕΝΟΤΗΤΑ Ε: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΝΕΡΟΥ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Τι από τα παρακάτω καταναλώσατε;

Τύπος νερού	Ναι	Όχι	Λεπτομέρειες
Νερό δικτύου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Πηγή/γεώτρηση/πηγάδι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Εμφιαλωμένο νερό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Μη βρασμένο νερό από ποτάμι/λίμνη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Ήρθατε σε επαφή με νερά πλημμύρας; Ναι  Όχι

Αν ναι, περιγράψτε: .....

Αντιμετωπίσατε προβλήματα στην αποχέτευση ή στα υδραυλικά του σπιτιού σας; Ναι  Όχι  Δεν είμαι σίγουρος

Αν ναι, περιγράψτε: .....

Συμμετείχατε σε κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες είτε στο πλαίσιο αναψυχής είτε επαγγελματικά;

Δραστηριότητα	Ποτάμι, λίμνη, κ.α.	Θάλασσα	Όχι	Λεπτομέρειες
Κολύμβηση/Κωπηλασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Άλλη (π.χ. κανό, ψάρεμα, σέρφιγκ, ιστιοπλοΐα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Υπάρχει το ενδεχόμενο ακούσιας κατάποσης νερού κατά τις άνωθι δραστηριότητες; Ναι  Όχι

Αν ναι, περιγράψτε: .....

**ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤ: ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΖΩΑ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Είχατε επαφή με κατοικίδια ζώα; Ναι  Όχι

Αν ναι, με ποιο από τα παρακάτω;

Σκύλος <input type="checkbox"/>	Γάτα <input type="checkbox"/>	Κουνέλι <input type="checkbox"/>	Ποντίκι <input type="checkbox"/>	Ερπετό <input type="checkbox"/>	Πτηνό <input type="checkbox"/>	Ψάρι <input type="checkbox"/>	Άλλο: .....
---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------

Είχε κάποιο ζώο διάρροια; Ναι  Όχι  Δε γνωρίζω

Αν ναι, περιγράψτε:

Επισκεφθήκατε κτηνίατρο;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
Είχατε επαφή με αγροτικά ζώα;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		Αν ναι, με ποιο/α από τα παρακάτω;		
Βοοειδή <input type="checkbox"/>	Μοσχάρια <input type="checkbox"/>	Πρόβατα <input type="checkbox"/>	Αρνιά <input type="checkbox"/>	Κατσίκες <input type="checkbox"/>	Άλογα <input type="checkbox"/>	Χοίροι <input type="checkbox"/>	Ερπετά <input type="checkbox"/>
Πουλερικά <input type="checkbox"/>	Κουνέλια <input type="checkbox"/>	Ελάφια <input type="checkbox"/>	Πουλιά <input type="checkbox"/>	Ψάρια <input type="checkbox"/>	Ποντίκια <input type="checkbox"/>	Άλλο:	
Βρεθήκατε σε κοινωνικό γεγονός με ζώα (π.χ. ιπποδρομίες);			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			Ημ/νία επίσκεψης: ___/___/___	
Κατοικείτε, εργάζεστε ή έχετε πρόσβαση σε αγρόκτημα/φάρμα;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
Επισκεφθήκατε αγρόκτημα/φάρμα/ζωολογικό κήπο κτλ;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>			Ημ/νία επίσκεψης: ___/___/___	
Αν ναι, περιγράψτε:							
Αν ναι, χειριστήκατε ζώα;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							
Ταΐσατε με μπιμπερό κάποιο από τα ζώα;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>				
Πλύνετε τα χέρια σας πριν καταναλώσετε τρόφιμο ή πριν φύγετε;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							
Καταναλώσατε κάποιο τρόφιμο όσο ήσασταν εκεί;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							
Το τρόφιμο ήταν (συμπληρώστε);							
<input type="checkbox"/> Αγορασμένο στις εγκαταστάσεις;	ή	<input type="checkbox"/> Το φέρατε από το σπίτι σας ή κάπου αλλού;					
<input type="checkbox"/> Καταναλώθηκε σε χώρο μακριά από τα ζώα;	ή	<input type="checkbox"/> Καταναλώθηκε όσο ήσασταν σε επαφή με τα ζώα;					
<input type="checkbox"/> Καταναλώθηκε σε τραπέζι;	ή	<input type="checkbox"/> Καταναλώθηκε όσο ήσασταν στο γρασίδι/χώμα;					
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ Ζ: ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ</b>							
Συμμετείχατε σε ημερήσια εκδρομή (παραλία, εξοχή κτλ);			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							
Ήρθατε σε επαφή με άγρια ζώα ή τα περιπτώματά τους;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							
Είχατε επαφή με χώμα, κοπριά, ή λύμματα;			Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν είμαι σίγουρος <input type="checkbox"/>				
Αν ναι, περιγράψτε:							

ΕΝΟΤΗΤΑ Η: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ					
Όνομα:	.....	Επίθετο:	.....		
Διεύθυνση:	.....				
ΤΚ:	.....	Τηλ (στ):	.....	Τηλ (κιν):	.....
Email:	.....				
Φύλο:	.....	Ημερομηνία γέννησης (ηη/μμ/εεεε):	.....	Ηλικία:	..... έτη
Κατοικούν άλλα παιδιά στο νοικοκυριό; (άλλα από το κρούσμα)			ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ΑΓΝΩΣΤΟ <input type="checkbox"/>
Επάγγελμα:	..... Συμπληρώστε αν ισχύει κάποιο από τα παρακάτω:				
	<input type="checkbox"/> Χειριστής Τροφίμων (επαγγελματικά)		<input type="checkbox"/> Εργασία/νοσηλεία/διαμονή σε δομή παροχής υπηρεσιών υγείας		
	<input type="checkbox"/> Εργασία/παρακολούθηση βρεφ/κό-παιδικό σταθμό		<input type="checkbox"/> Εργασία που περιλαμβάνει επαφή με κόπραννα (εργαστήριο, φάρμα κ.α)		
	<input type="checkbox"/> Υπάρχουν δυσκολίες στην τήρηση κανόνων ατομικής υγιεινής		<input type="checkbox"/> Άλλη ομάδα υψηλού κινδύνου		
	Εάν ναι σε κάποιο από τα παραπάνω, περιγράψτε: .....				
Εργασία/Σχολείο:	.....	Τηλέφωνο:	.....		
Διεύθυνση:	.....				
ΤΚ:	.....	Ημ/νία τελευταίας παρουσίας:	.....		
Εθνικότητα:	.....				

Μπορούμε να επικοινωνήσουμε ξανά μαζί σας σε περίπτωση που χρειαστεί, για τυχόν διευκρινίσεις: Ναι  Όχι

Παρακαλούμε όπως προωθήσετε το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρωμένο στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
[trofimogeni@eody.gov.gr](mailto:trofimogeni@eody.gov.gr)

#### Πηγή:

1. UK Health Security Agency. Shiga toxin-producing Escherichia coli: questionnaire.

Διαθέσιμο στο: <https://www.gov.uk/government/publications/vero-cytotoxin-producing-escherichia-coli-questionnaire>

