|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Numéro d’assurance maladie : |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nom du sujet : |  | Date de naissance : |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Adresse : |  | Tél. (maison) : |  | |  |  | Tél. (travail) : |  | |  |  | Tél. (cellulaire) : |  |  |  |  | | --- | --- | | Nom du père ou de la mère : |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Numéro de dossier : |  | (🞎 clinique 🞎 CSSS 🞎 centre hospitalier) | |
| Présence de symptômes (Non (Oui **Si oui, décrivez-les en indiquant leur date d’apparition.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Symptôme** | **Date d’apparition** | **Durée** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Date de la découverte de la tique : |  |  | Date de l’extraction de la tique : |  |  |  |  | | --- | --- | | Sur quelle partie du corps? |  |   Quelles ont été vos activités extérieures à risque\* dans votre municipalité ou lors de déplacements en dehors de votre municipalité au cours des 30 jours précédant la découverte de la tique?  \*Exemples : Randonnée en forêt, dans un sous-bois, un champ ou des hautes herbes, le jardinage, la chasse, etc.).   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Municipalité** | **Date (jj/mm/aa)** | **Activité** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom du médecin traitant : |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Coordonnées : |  | Téléphone : |  | |  |  | Télécopieur : |  | |  |  |  | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Expédié par**  si différent**:** |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Coordonnées : |  | Téléphone : |  | |  |  | Télécopieur : |  | |  |  |  | |   **La tique doit être expédiée à sec dans un petit contenant rigide comme un contenant de pilules.** |

sssss