|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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