

FORMULAIRE « TIQUE »
RENSEIGNEMENTS À RECUEILLIR POUR LA DEMANDE D'IDENTIFICATION D'UNE TIQUE
Ce formulaire doit toujours accompagner le spécimen jusqu'au LSPQ

Nom du sujet : _____ Date de naissance : _____
aaaa mm jj

Adresse :

No, Rue, app. :	Tél. (maison) : _____ - _____ - _____
Ville, Province :	Tél. (travail) : _____ - _____ - _____ poste : _____
Code postal :	Tél. (cellulaire) : _____ - _____ - _____

Prophylaxie post-exposition : Non Oui / Si oui, date : _____ - _____ - _____ Doxycycline 200 mg, PO, une dose
aaaa mm jj Doxycycline 4 mg/kg/jr/2 doses, 8-12 ans

Présence de symptômes :

Non Oui

Si oui, décrivez-les en indiquant leur date d'apparition.

Symptôme	Date d'apparition (aaaa-mm-jj)	Durée
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	

Date de la découverte
de la tique : _____ - _____ - _____
aaaa mm jj

Date de l'extraction
de la tique : _____ - _____ - _____
aaaa mm jj

Sur quelle partie du corps : _____

Quelles ont été vos activités extérieures au cours des deux semaines précédant la découverte de la tique?
(exemples d'activités extérieures à risque : la randonnée en forêt, dans un sous-bois, un champ ou des hautes herbes, le jardinage, la chasse, etc.).

Municipalité / RSS / Hors province	Date (aaaa-mm-jj)	Activité extérieure
	- -	
	- -	
	- -	
	- -	

Nom du médecin traitant : _____

Coordonnées :

No, Rue, app. :	Téléphone : _____ - _____ - _____ poste : _____
Ville, Province :	Télécopieur : _____ - _____ - _____
Code postal :	

Autre prescripteur du test :

infirmière autre : _____

Coordonnées :

No, Rue, app. :	Téléphone : _____ - _____ - _____ poste : _____
Ville, Province :	Télécopieur : _____ - _____ - _____
Code postal :	

**La tique doit être expédiée sans autre support dans un petit contenant rigide
comme un contenant de pilules.**