

## 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 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date de l'extraction de la tique : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
aaaa mm jj 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.**