

Allegato A

Allegato 1.

Regione Lombardia SCHEMA RILEVAMENTO ZECICHE - UOMO

LUOGO E DATA COMPILAZIONE SCHEMA _____

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di residenza _____ Via _____ n. _____

Provincia _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____

DATI OPERATORE SANITARIO SEGNALATORE

Cognome e Nome _____

Qualifica (specificare se MMG, PLS, MCA, operatore sanitario ASST o ATS, altro) _____

Ente di Appartenenza _____

Provincia _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____

DATI RELATIVI AL MORSO DA ZECCA

DATA RIMOZIONE ZECCA _____

LUOGO DI PROBABILE MORSO:

Località _____ Comune _____ Prov. _____

TIPOLOGIA DI AMBIENTE: • BOSCO • PRATO • GIARDINO • ALTRO _____

EVIDENTE PRESENZA DI ANIMALI: • DOMESTICI • ALLEVAMENTO • SELVATICI • ALTRO _____

AREA DEL CORPO INTERESSATA DAL MORSO:

• TESTA • ASCELLA • REGIONE INGUINALE • BRACCIO • BUSTO

• INCAVO GINOCCHIO • GAMBA • ALTRO _____

STATO CONSERVAZIONE ZECCA PER CONFERIMENTO: • FRESCO • CONGELATO

DATA E FIRMA OPERATORE SANITARIO SEGNALATORE _____