

Allegato A

Allegato 1.

Regione Lombardia SCHEDA RILEVAMENTO ZECCHIE - UOMO

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Cognome e Nome _____
Data di nascita _____ Codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Provincia _____
Via _____ n. _____
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: _____ Numero ore di permanenza sul corpo: _____

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

LUOGO E DATA COMPILAZIONE SCHEDA _____

DATA E FIRMA OPERATORE SANITARIO SEGNALATORE/CONFERENTE _____

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", informiamo che l'ATS Pavia tratta i dati personali da lei forniti e liberamente comunicati. L'IZSLER Pavia garantisce che il trattamento dei suoi dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI FORNITI

Data _____ Firma _____