

MO_IA_02 Scheda anamnestica Borrelia

Cognome: _____ Nome: _____ Anno di nascita: _____

Comune di residenza: _____ Tel: _____

Medico Curante: _____

Ricorda morsi di zecca: Si: **No:** **Più volte:**

Quando si è verificato l'ultimo morso: _____ In che località: _____

Motivo del prelievo: 1 Controllo dopo morso: **2 Controllo dopo terapia:** **3 Altro:**

1 Controllo dopo morso: Sintomi SI **Sintomi NO**

Se sintomi:

Chiazza rossa o bianca con alone rosso che si espande intorno punto di morso o chiazze multiple

Dolori articolari

Dolori con gonfiore e rossore di polsi, ginocchia o altre articolazioni

Altro (correlabile al morso di zecca) _____

2 Esame dopo terapia:

Ha eseguito terapia antibiotica (per morso o sintomi correlati) farmaco?: _____

Quando?: _____ Per quanti giorni?: _____

3 Altro:

Altro: _____

Se possibile rispondere a tutte le domande, in caso contrario limitarsi a quanto noto:

Firma _____

Data _____