



ANEXO I ENQUISA QUE DEBE CUBRIR O CENTRO SANITARIO REMISOR DAS CARRACHA

Esta ficha cumplimentada deberá acompañar ao tubo coa carracha extraída. Enviaranse no sobre de franqueo pagado a:

GRUPO COPAR G1-2120
FD 60015
27002 LUGO

1.- DATOS DO CENTRO REMISOR DA CARRACHA

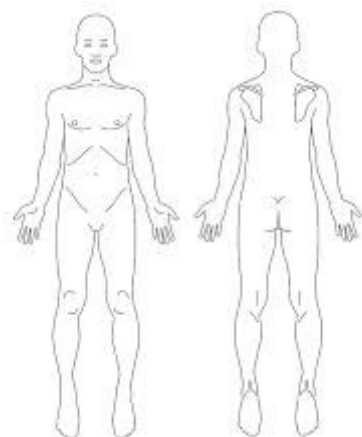
- CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL (NOME E CONCELLO)
- CORREO ELECTRÓNICO PROFESIONAL (@sergas) DA PERSOA REMISORA (profesional médica ou enfermeira): **(IMPRESINDIBLE CUBRIR LEXIBLE ESTES DATOS PARA PODER REMITIR RESULTADOS)**

2- DESCRIPCIÓN DO PACIENTE

- NASI (IMPRESINDIBLE CUBRIR LEXIBLE ESTE CAMPO)
- LUGAR DE RESIDENCIA (LUGAR, PARROQUIA):
- SEXO:
- IDADE:

3.- RECOLLIDA DE CARRACHAS

- DATA DE EXTRACCIÓN:
- Nº CARRACHAS EXTRAIDAS:
- ZONA EXTRACCIÓN (indicar cun X sobre a imaxe):
- ID DA APORTACIÓN XERADA POLA APP **GARRAPATA ALERT** (CUBRIR SOAMENTE NO CASO DE USAR A APLICACIÓN):



4.- EXPOSICIÓN

- DATA ENGANCHE DA CARRACHA (SE O SABE):
 - ONDE COLLEU A CARRACHA (LUGAR E CONCELLO)?
- NON, NON O SABE ➔ **FIN DA ENQUISA**



➤ SI, SÁBEO CON SEGURIDADE

➤ SI, NON ESTÁ SEGURO PERO PARÉCELLE PROBABLE

- CANDO A COLLEU, ¿QUÉ ACTIVIDADE ESTABA A REALIZAR?

Traballo agrícola ☐

Traballo forestal ☐

Traballo gandeiro ☐

Caza/pesca ☐

Paseo polo campo ☐

Paseo polo monte ☐

Paseo por un parque ☐

Andaina organizada ☐

Andaina non organizada ☐

Outra ☐

A CUBRIR POLO CENTRO QUE REALIZA A IDENTIFICACIÓN (FACULTADE DE VETERINARIA)

Número identificador do caso:

XÉNERO	ESPECIE	ADULTO		NINFAS	LARVAS
		FEMIA	MACHO		
<i>Amblyomma</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Boophilus</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Dermacentor</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Haemaphysalis</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Hyalomma</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Ixodes</i>		☐	☐	☐	☐
<i>Rhipicephalus</i>		☐	☐	☐	☐

Data da identificación:

Sinatura: