



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

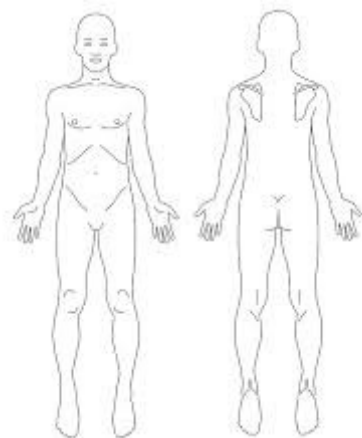
- CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL... (NOME E CONCELLO)
- CORREO ELECTRÓNICO (@sergas) DA PERSOA REMISORA (profesional médica ou enfermeira): **(IMPRESINDIBLE CUBRIR LEXIBLE ESTES DATOS)**

2- DESCRIPCIÓN DO PACIENTE

- NASI (OU OUTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DO PACIENTE): **(IMPRESINDIBLE CUBRIR LEXIBLE ESTES DATOS)**
- 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):



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 QUE 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: