

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

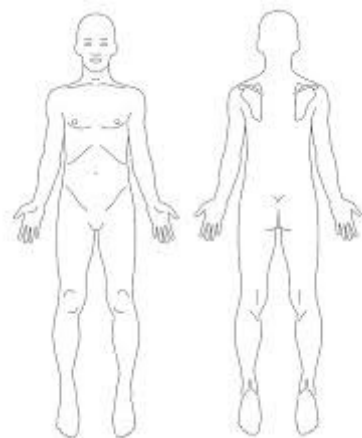
- CENTRO DE SAÚDE/HOSPITAL... (NOME E CONCELLO)
- CORREO ELECTRÓNICO (@sergas) DA PERSOA REMISORA (profesional médica ou enfermeira): **(IMPRESCINDIBLE CUBRIR LEXIBLE ESTES DATOS)**.....

2- DESCRIPCIÓN DO PACIENTE

- NASI (OU OUTRA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DO PACIENTE): **(IMPRESCINDIBLE 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):
- 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 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: