Dipartimento Malattie Infettive, Tropicali e Microbiologia

UOC Microbiologia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **QUESTIONARIO SULLE MALATTIE TRASMESSE DA ZECCHE** | | | |
| **Comune e provincia di residenza:**  …………………………………………………………………………………………..…………….… (……..) | | | |
| **Data presunta del morso: Data rimozione zecca:**  ……………………………………… …………………………………………… | | | **Numero di zecche individuate:**  …………………………………………… |
| **CONSIDERANDO QUESTO SPECIFICO EPISODIO:**  **Dove (località, comune, provincia) ritiene di essersi infestato con le zecche?** *La preghiamo di essere il più preciso possibile sulla località: si tratta infatti di un dato molto importante per lo studio delle zoonosi da zecche*  ……………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| **Ha visto/incontrato animali selvatici?**  **No  Si** *(prego indichi quali, selezionando le voci qui sotto)* | | | |
| **Ha adottato misure di protezione e prevenzione nei confronti delle zecche?**  **No  Si** *(prego indichi quali, selezionando le voci qui sotto)* | | | |
| Repellente  Pantaloni lunghi, calzini lunghi, scarpe chiuse  Abbigliamento di colore chiaro  No contatto diretto con erba alta e cespugli  Esame visivo del corpo e doccia dopo l'attività all'aperto | Controllo di vestiti, borse e animali  Rimozione delle zecche con pinzetta  Disinfezione del punto di rimozione delle zecche  Altro *(può specificare?)……………………………………………*  ……………………………………………………………………………………………..…………… | | |
| **In quale attività era impegnato?** | | | |
| Lavoro *(può specificare?).........................................................*  Escursionismo  Ciclismo  Corsa  Alpinismo | | Arrampicata  Caccia  Pesca  Giardinaggio  Altro *(può specificare?)…………………….…………………….* | |

|  |
| --- |
| **Presenta sintomi?  No  Si** *(può specificare?*.........................................................*)* |
| **E’ mai stato vaccinato per TBE?  No  Si** *(quando?........................................)* |
| **Le sono state diagnosticate in passato malattie da zecche?**  **No  Si, TBE** *(quando?.......................)* **Si, Malattia di Lyme** *(quando?.....................)*  **Sì, Altre** *(prego specificare)* ……………………………………………… |