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)* ……………………………………………… |