



ETICHETTA
PAZIENTE
ESAME 9112

QUESTIONARIO SULLE MALATTIE TRASMESSE DA ZECCHE

NOME	COGNOME	Data di nascita	Telefono
.....
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*

.....

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?.....)

Si, altre (prego specificare)

L'Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria - Dipartimento Malattie Infettive e Tropicali e Microbiologia sta arruolando pazienti per un studio clinico relativo alle malattie trasmesse da zecche. Qualora l'esame confermi che si tratta di una zecca, lei/suo/a figlio/a sarebbe eleggibile per tale studio. Chiediamo il suo consenso a contattarla, al numero telefono fornito nel presente modulo, a tale riguardo. Il trattamento avrà quale base giuridica il consenso e, per ogni altra informazione, la rimandiamo all'informativa già resa e comunque consultabile al link https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2021/03/Mod_A-46-Informativa.pdf.

- do il consenso
 nego il consenso

Firma

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dichiaro altresì sotto la mia responsabilità di esercitare la potestà genitoriale, ovvero di essere il legale rappresentante della persona sopra indicata.

Firma

CONSEGNARE QUESTO MODULO

INSIEME ALLA ZECCA POSTA IN BARATTOLO ROSSO

IN LABORATORIO DI PARASSITOLOGIA (6° piano – Don Calabria)