

Allegato A

Allegato 1.

ATS Montagna
Regione Lombardia
SCHEDA RILEVAMENTO ZECCHIE - UOMO

LUOGO E DATA COMPILAZIONE SCHEDA _____

Numero esposto SMI _____

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Comune di residenza _____ Via _____ n. _____

Provincia _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____

DATI OPERATORE SANITARIO SEGNALATORE

Cognome e Nome _____

Qualifica (specificare se MMG, PLS, MCA, operatore sanitario ASST o ATS, altro) _____

Ente di Appartenenza _____

Provincia _____

Recapito telefonico _____

Recapito mail _____

DATI RELATIVI AL MORSO DA ZECCA

DATA RIMOZIONE ZECCA _____ Numero ore di permanenza sul corpo _____

LUOGO DI PROBABILE MORSO:

Località _____ **Comune** _____ **Prov.** _____

TIPOLOGIA DI AMBIENTE: • BOSCO • PRATO • GIARDINO • ALTRO _____

EVIDENTE PRESENZA DI ANIMALI: • DOMESTICI • ALLEVAMENTO • SELVATICI • ALTRO _____

AREA DEL CORPO INTERESSATA DAL MORSO:

• TESTA • ASCELLA • REGIONE INGUINALE • BRACCIO • BUSTO

• INCAVO GINOCCHIO • GAMBA • ALTRO _____

STATO CONSERVAZIONE ZECCA PER CONFERIMENTO: • FRESCO • CONGELATO

DATA E FIRMA OPERATORE SANITARIO SEGNALATORE _____

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", informiamo che ATS Montagna tratta i dati personali da lei forniti e liberamente comunicati come da informativa disponibile sul sito ats-montagna.it alla sezione Malattie Infettive.

L'IZSLER garantisce che il trattamento dei suoi dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI FORNITI

Data _____ Firma _____