

Numéro d'assurance maladie (RAMQ) :	
Adresse :	
Téléphone (domicile) :	Téléphone (autre) :

2) Médecin traitant
Nom du médecin traitant :
Adresse :
Téléphone :

3) Récolte de la tique
Date de la découverte de la tique (AAAA/MM/JJ) :
Date de l'extraction de la tique (AAAA/MM/JJ) :
De quelle région du corps? :

4) Déplacements
Déplacement au cours des <u>deux dernières semaines</u> : ☐ Aucun déplacement ☐ Oui

Si oui, quels sont les lieux visités** :

Municipalité(s)	Date (AAAA/MM/JJ)