

Formulaire d'informations obligatoires pour analyse de la maladie de Lyme

Nom : _____ Unité de soin / clinique : _____

Prénom : _____ Prescripteur : _____

NAM : _____ N°License : _____

Symptômes depuis

< 6 semaines

> 6 semaines

Lieu d'acquisition

Amérique du nord

Europe :

Pays visité _____

Date de départ du pays visité _____