

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

NOM : _____

UNITÉ DE SOINS/CLINIQUE : _____

PRÉNOM : _____

PRESCRIPTEUR : _____

RAMQ : _____

N°PERMIS : _____

Symptômes depuis

- < 6 semaines
- > 6 semaines

Lieu d'acquisition

- Amérique du nord
- Europe :

- Pays visité : _____

- Date d'arrivée du pays visité : _____