



INFORMATION – LABORATOIRE
SERVICE DE MICROBIOLOGIE
(2014-07-15)

A tous les médecins,
Aux chefs des programmes CLSC de la MRC d'Acton, des Maskoutains et des Patriotes,
A tous les responsables des cliniques, résidences et entreprises privées qui ont une entente formelle de prélèvements,

Objet : Modification adresse - Renseignements requis pour la demande d'identification d'une tique

Docteur, Docteur, Madame, Monsieur,

Afin de se conformer aux exigences de notre centre de référence, le LSPQ, toute demande d'identification d'une tique doit être accompagnée du formulaire « Tique » disponible à l'adresse suivante : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/ZOO-Form-identification-tique-2012-07-20.pdf>

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec
Directeur de santé publique

FORMULAIRE « TIQUE »
RENSEIGNEMENTS À RECUEILLIR POUR LA DEMANDE D'IDENTIFICATION D'UNE TIQUE
Ce formulaire doit toujours accompagner le spécimen jusqu'au LSPQ

Numéro d'assurance maladie : _____		
Nom du sujet : _____	Date de naissance : _____	
Adresse : _____		
Tél. (maison) : _____		
Tél. (bureau) : _____		
Tél. (cellulaire) : _____		
Nom du père ou de la mère : _____		
Numéro de dossier : _____ <input type="checkbox"/> clinique <input type="checkbox"/> CSSS <input type="checkbox"/> centre hospitalier		
Présence de symptômes (Non) (Oui) Si oui, décrivez-les en indiquant leur date d'apparition.		
Symptôme	Date d'apparition	Durée
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Date de la découverte de la tique : _____		Date de l'extraction de la tique : _____
Sur quelle partie du corps : _____		
Quelles ont été ses activités extérieures à risque* dans votre municipalité ou lors de déplacements en dehors de votre municipalité au cours des semaines précédant la découverte de la tique? (Exemples d'activités extérieures à risque : la randonnée en forêt, dans un sous-bois, un champ ou des hautes herbes, le jardinage, la chasse, etc.)		
Municipalité	Date (j/m/aa)	Activité
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Nom du médecin traitant : _____		
Coordonnées : _____		Téléphone : _____
_____		Télécopieur : _____
Expédié par : _____		
Coordonnées : _____		Téléphone : _____
_____		Télécopieur : _____

La tique doit être expédiée avec votre support dans un petit contenant rigide comme un contenant de pilules.

FORMULAIRE « TIQUE » RENSEIGNEMENTS À RECUEILLIR POUR LA DEMANDE D'IDENTIFICATION D'UNE TIQUE
DSP de la Montérégie, mise à jour 2012-07-20, tirage de suite de la DSP de l'Estrie

De plus, l'information suivante a été ajoutée au répertoire des analyses de laboratoire :

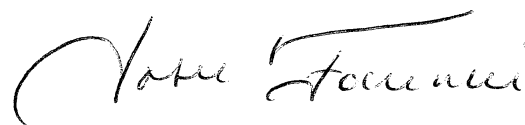
Tique	micro	TIQUE	LSPQ	1 petit contenant	Le spécimen doit toujours accompagner le formulaire ci-dessous :  ZOO-Form-identificat ion-tique-2012-07-20
--------------	-------	--------------	------	-------------------	---

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'agréer nos meilleures salutations.



Anne Vibien, m.d.
Chef de service clinique de microbiologie

Hôpital Honoré-Mercier
Pavillon Hervé-Gagnon
2750, boulevard Laframboise
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 4Y8



Josée Fournier
Directrice des services généraux

Services de biologie médicale
Téléphone : (450) 771-3333, poste 3535
Télécopieur : (450) 771-3510
www.santemonteregie.qc.ca