



Date : _____

Heure : _____

Visa pharm : _____

RETRAIT DE TIQUES EN PHARMACIE

Coordonnées du patient

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

NPA-Localité :

Tél. mobile :

Adresse e-mail :

Anamnèse

- Localisation de la piqûre :

- Date et heure de la piqûre :

- Zone géographique (VD ; autres) :

- Tique en place depuis :

- de 48h + de 48h

- Statut vaccinal :

Vacciné FSME non vacciné FSME

- Le patient est vacciné à la pharmacie :

Oui Non

Intervention

- Retrait de la tique :

total partiel

non retrait : _____

- Désinfection du site :

Oui Non

- Symptômes :

- Visite médicale conseillée :

Oui de suite Non

Décharge

Le soussigné confirme avoir été informé des dangers potentiels liés au retrait de la tique et de l'obligation de consulter immédiatement un médecin en cas d'apparition de symptômes et de complications.

En signant, le patient confirme que les informations qu'il a fournies sont vraies, qu'il a été informé du traitement et qu'il en accepte les mesures.

Le patient donne son accord pour être appelé afin d'assurer le suivi de l'intervention.

Le patient donne son accord pour que ses données soient utilisées à des fins statistiques.

Date : _____

Signature du patient :

- Temps de la prestation (minutes) : _____

Suivi (Env. 7 à 10 jours après l'intervention)

- Visa pharmacien : _____

- Date du suivi : _____

- Symptôme :

Fièvre Erythème migrant Autres

Sans symptômes

- Conseil de revenir en pharmacie :

Oui Non

- Conseil de consultation médicale :

Oui Non

- Le patient a consulté de lui-même (date) :

- Remarques : _____

- Temps du suivi (minutes) : _____

A quel prix avez-vous fourni cette prestation ?

gratuit - - de 10 frs - 10 - 14 frs - 15 - 19 frs - 20 - 25 frs - + de 25 frs