

* Prescripteur / Prescriber	
*Nom & Prénom / Last & First name: *No. Permis / Licence: *Clinique, bureau / Clinic, office: *Adresse pour le retour des résultats / Address for return of results: *No. téléphone : *Signature: _____ *Date (AAYY/MM/JD): _____	* Nom / last name: * Prénom / first name: No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ: Adresse / Address: * Date de naissance / Date of birth (AAYY/MM/JD): * Sexe / Gender: * Renseignements Obligatoire / *Mandatory Information
* Date et heure du prélèvement / Date and time of collection	
20____/____/____ Heure / Time: _____	
Prélevé par / collected by: _____	

Analyse demandée selon le lieu de l'acquisition de la maladie de Lyme suspectée:/
Analysis requested according to place of acquisition of suspected Lyme disease:

- Maladie de Lyme acquise en Amérique du Nord/**
Lyme disease acquired in North America

OU/OR

- Maladie de Lyme acquise en Europe/**
Lyme disease acquired in Europe

- **Pays visité en Europe / Country visited in Europe:**

- **Date de départ du pays visité / Date of departure from country visited:**

Les symptômes sont présents depuis plus de 6 semaines?/

Symptoms have been present for more than 6 weeks?:

- OUI/ YES** **NON/ NO**