

Ankieta dla pacjenta:

Imię i Nazwisko

Data wypełnienia kwestionariuszaDD/MM/ROK

Data urodzeniaDD/MM/ROK

Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

Początek objawów (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy miałeś kiedykolwiek rozpoznaną boreliozę?		
2.	Czy brałeś z tego powodu antybiotyki?		
3.	Czy byłeś/byłaś w ciągu ostatnich kilku miesięcy w lesie, na łące, nad jeziorem w celach rekreacyjno-wypoczynkowych lub zawodowych?		
4.	Czy twoja praca polega na wykonywaniu czynności w terenie zalesionym lub rolniczym?		
5.	Jesteś mieszkańcem (proszę zaznaczyć odpowiednio): ☐ wieś ☐ miasto do 50 000 mieszkańców ☐ miasto od 50 000 do 100 000 mieszkańców ☐ miasto od 100 000 do 500 000 mieszkańców ☐ miasto powyżej 500 000 mieszkańców		
6.	Czy często (co najmniej raz na dwa tygodnie) spędzasz wolny czas na terenach zalesionych, nad rzeką lub jeziorem?		
7.	Czy przebywając na obszarach zalesionych zakładasz długie spodnie i koszule z długim rękawem?		
8.	Czy stosujesz środki odstraszające kleszcze?		
9.	Czy po powrocie do domu oglądasz swoje ciało w poszukiwaniu kleszczy?		



10.	Czy pamiętasz ukłucie przez kleszcza w okresie ostatniego roku lub wcześniej?		
11.	Czy po ukłuciu przez kleszcza wystąpiła zmiana skórna o charakterze rumienia która powiększała swój rozmiar?		
12.	Czy po ukłuciu przez kleszcza obserwowałeś/aś kiedykolwiek jakieś zmiany skórne?		
13.	Czy kiedykolwiek zaobserwowałeś/aś u siebie zmianę rumieniową powiększającą swoje rozmiary?		
14.	Czy po ukłuciu przez kleszcza odczuwałeś/aś objawy grypopochodne jak: ból stawów i mięśni, ból głowy, stany podgorączkowe, uczucie rozbicia?		
15.	Czy wystąpił u Ciebie w ostatnim czasie (6 miesięcy) nowy utrzymujący się „ból korzonków” – ból pleców promieniujący do rąk lub nóg, nasilający się w czasie snu?		
16.	Czy wystąpiło u Ciebie w ostatnim czasie (6 miesięcy) porażenie nerwu twarzowego?		
17.	Czy w ostatnich 6 miesiącach wystąpił u Ciebie nowy utrzymujący się ból głowy i uczucie sztywności karku?		
18.	Czy wystąpił u Ciebie kiedykolwiek niezdiagnozowany utrzymujący się lub nawracający ból i/lub obrzęk kolana lub innego dużego stawu bez wcześniejszego urazu?		
19.	Czy zauważyłeś/aś u siebie utrzymujące się uczucie mrowienia, drętwienia palenia skóry rąk lub nóg?		
20.	Czy zauważyłeś u siebie zaburzenia czucia – dotyku, zimna lub ciepła?		
21.	Czy w ostatnich miesiącach wystąpiło u Ciebie uczucie kołatania serca, nierównej pracy serca lub epizod zasłabnięcia?		