

COMPLÉTER ET RETOURNER RAPIDEMENT À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
PAR TÉLÉCOPIEUR AU 1-866-377-6236 (CONFIDENTIEL)

Ce formulaire est accepté pour une déclaration de maladie de Lyme par les médecins

1. Identification du patient	MADO :
Nom : _____ Prénom : _____	
N° assurance-maladie : _____ Téléphone : _____	
Date de naissance : _____ (A/M/J) Âge : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____	
Occupation : _____	

*** COCHER UNIQUEMENT LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT ***

2. Date de la ou des consultations médicales (A/M/J)

a) ____ / ____ / ____ b) ____ / ____ / ____ c) ____ / ____ / ____

3. Manifestations cliniques

Premières manifestations cliniques/symptômes : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

a) Manifestations cutanées – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

Érythème migrant
(lésion unique \geq à 5 cm)

Site et diamètre maximal : _____

Description : _____

Observé par : MD Patient

Lésions multiples : ____ / ____ / ____ (A/M/J) Précisez : _____

b) Manifestations générales – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

Fièvre Fatigue Arthralgies/myalgies diffuses (courbatures)

Céphalées Autres (sudation, perte de poids, raideur de nuque passagère) : _____

c) Manifestations musculo-squelettiques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

Douleur articulaire migratrice passagère

Douleur articulaire soutenue sans gonflement

Douleur et gonflement articulaire / arthrite

Genou

Autre(s) articulation(s) : _____

d) Manifestations neurologiques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

Paralyse faciale Autres atteintes des nerfs crâniens Autres névrites (algies, paresthésies)

Méningite Autres atteintes SNC (fonctions mentales, troubles mémoires, etc.)

Précisez : _____

e) Manifestations cardiaques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)

ECG anormal Bloc auriculo-ventriculaire, si oui, degré : _____

Myocardite Péricardite Autres : _____

4. Commentaires du médecin (Inclure antécédents et morbidités actuels pertinents)

FORMULAIRE D'ENQUÊTE LORS D'UNE DÉCLARATION DE MALADIE DE LYME (suite)

Nom du patient : _____	
5. Piqûre de tique	
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} observation de tique attachée à la peau : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	
<input type="checkbox"/> Tique envoyée au laboratoire : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	
<input type="checkbox"/> Prophylaxie post-exposition (PPE) reçue : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	Doxycycline en dose unique :
<input type="checkbox"/> ≥ 12 ans ou poids ≥ 45 kg PO : 200 mg	<input type="checkbox"/> < 12 ans et poids < 45 kg : 4,4 mg/kg PO, soit :
6. Mode probable d'acquisition	
Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes cutanés ou dans la dernière année si maladie disséminée :	
<input type="checkbox"/> Activités extérieures / plein air dans forêt, boisé, hautes herbes	<input type="checkbox"/> Contacts avec des animaux
<input type="checkbox"/> Exposition en milieu de travail	<input type="checkbox"/> Autres : _____
7. Région probable d'acquisition	
<input type="checkbox"/> Montérégie (ville, village) – Nom d'un lieu : _____	
<input type="checkbox"/> Autres lieux (pays, province, région, ville) : _____	
8. Traitement et hospitalisation	
<input type="checkbox"/> Doxycycline 100 mg BID, PO. — durée : _____ jours	Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Amoxicilline (posologie, durée) : _____	Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Autres médicaments (PO ou IV, posologie, durée) : _____	Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)

<input type="checkbox"/> Hospitalisation (durée) : _____ jours	
9. Prélèvements demandés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Lyme Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	<input type="checkbox"/> Anaplasmose : Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	<input type="checkbox"/> Babébiose : Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
10. Récupération	
En date du : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	
<input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Partielle (préciser) : _____	
11. Hémovigilance	
Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes :	
a) Don sang / produit sanguin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
b) Réception sang / produit sanguin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
c) Don d'organe / tissus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
d) Réception d'organe / tissus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
12. Signature du médecin	
Nom du médecin : _____	Signature : _____
N° de permis : _____	Date : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
Téléphone : _____	