

**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 et les IPSPL.

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 – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
a) Manifestations cutanées – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Érythème migrant (lésion unique \geq à 5 cm) } Site et diamètre maximal : _____ Description : _____ Observé par : <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Lésions multiples : ____ / ____ / ____ (A/M/J) Précisez : _____
b) Manifestations générales – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Arthralgies/myalgies diffuses (courbatures) <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Autres (sudation, perte de poids, raideur de nuque passagère) : _____
c) Manifestations musculo-squelettiques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Douleur articulaire migratrice passagère } <input type="checkbox"/> Genou : _____ <input type="checkbox"/> Douleur articulaire soutenue sans gonflement } <input type="checkbox"/> Autre(s) articulation(s) : _____ <input type="checkbox"/> Douleur et gonflement articulaire / arthrite }
d) Manifestations neurologiques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Paralysie faciale <input type="checkbox"/> Autres névrites (algies, paresthésies) <input type="checkbox"/> Autres atteintes des nerfs crâniens <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Atteinte du SNC (fonctions mentales, troubles mémoires, etc.) Précisez : _____
e) Manifestations cardiaques – Début : ____ / ____ / ____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> ECG anormal <input type="checkbox"/> Bloc auriculo-ventriculaire, si oui, degré : ____ <input type="checkbox"/> Myocardite <input type="checkbox"/> Péricardite Autres : _____
4. Commentaires du médecin (inclure antécédents et morbidités actuelles)
Consultation en infectiologie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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

Nom du patient : _____	
5. Piqûre de tique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} observation de tique attachée à la peau : _____ / _____ / _____ (A/M/J) Site où la tique était attachée: _____ <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 4,4mg/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. 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	
8. Prélèvements demandés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Lyme Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J) Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	<input type="checkbox"/> Anaplasmose : Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J) <input type="checkbox"/> Babébiose : Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
9. Récupération	
En date du : _____ / _____ / _____ (A/M/J) <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Partielle (précisez) : _____	
10. 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	
11. Signature du médecin	
Nom du médecin : _____ Signature : _____ N° de permis : _____ Date : _____ / _____ / _____ (A/M/J) Téléphone : _____	