

**COMPLÉTER ET RETOURNER RAPIDEMENT À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
PAR TÉLÉCOPIEUR AU 450 928-3023 (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) _____

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 } Genou
 Douleur articulaire soutenue sans gonflement } Autre(s) articulation(s) : _____
 Arthrite franche

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

Paralyse faciale Autres névrites (algies, paresthésies) Autres atteintes des nerfs crâniens
 Méningite Atteinte du SNC (fonctions mentales, troubles mémoires, etc.)

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

Bloc auriculo-ventriculaire (2^e / 3^e degré) \longrightarrow Pace Maker installé
 Cardiomyopathie 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)	
Nom du médicament et posologie : _____	
6. Mode probable d'acquisition	
Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes :	
<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, p.o. — durée : _____ jours	Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Amoxicilline (posologie, durée) : _____	Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
<input type="checkbox"/> Autres médicaments (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"/> Anaplasmosse : Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)
Prescrit : _____ / _____ / _____ (A/M/J)	<input type="checkbox"/> Babésiose : 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 : _____	