

**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**

<b>1. Identification du patient</b>	<b>MADO :</b>
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 \*\*\***

<b>2. Date de la ou des consultations médicales (A/M/J)</b>
---

a) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ b) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ c) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<b>3. Manifestations cliniques</b>
------------------------------------

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 : \_\_\_\_\_

<b>4. Commentaires du médecin (Inclure antécédents et morbidités actuels pertinents)</b>
--

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

<b>Nom du patient :</b> _____	
<b>5. Piqûre de tique</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> 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 :
<b>6. Mode probable d'acquisition</b>	
<b>Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes cutanés ou dans la dernière année si maladie disséminée :</b>	
<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 : _____
<b>7. Région probable d'acquisition</b>	
<input type="checkbox"/> Montérégie (ville, village) – Nom d'un lieu : _____	
<input type="checkbox"/> Autres lieux (pays, province, région, ville) : _____	
<b>8. Traitement et hospitalisation</b>	
<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	
<b>9. Prélèvements demandés</b> <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)
<b>10. Récupération</b>	
<b>En date du :</b> _____ / _____ / _____ (A/M/J)	
<input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Partielle (préciser) : _____	
<b>11. Hémovigilance</b>	
<b>Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes :</b>	
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
<b>12. Signature du médecin</b>	
<b>Nom du médecin :</b> _____	<b>Signature :</b> _____
<b>N° de permis :</b> _____	<b>Date :</b> _____ / _____ / _____ (A/M/J)
<b>Téléphone :</b> _____	