

**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, Anaplasmose, Babésiose par les médecins

1. Identification du patient	SIGMI :
Nom : _____	Prénom : _____
N° assurance-maladie : _____	Téléphone : _____
Date de naissance : _____	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)

Érythème migrant
(lésion unique \geq à 5 cm)



Site et diamètre maximal : _____

Description : _____

Observé par : MD Patient

Lésions multiples : _____

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 digestives (suspicion anaplasmose) – Début : (A/M/J)

Nausées Vomissements Perte d'appétit

Diarrhée Ictère (jaunisse), Autre, précisez : _____

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

Douleur articulaire migratrice
passagère

Douleur articulaire soutenue
sans gonflement

Arthrite franche



Genou

Autre(s) articulation(s) : _____

e) Manifestations neurologiques – Début : (A/M/J)

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

Méningite Atteinte du SNC (fonctions mentales, troubles mémoires, etc.)

f) Manifestations cardiaques – Début : (A/M/J)

Bloc auriculo-ventriculaire (2° / 3° 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

- 1^{ère} observation de tique attachée à la peau : (A/M/J) Site où la tique était attachée:
 Tique envoyée au laboratoire : (A/M/J)
 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 cutanés ou dans la dernière année si maladie disséminée:**

- Activités extérieures / plein air dans forêt, boisé, hautes herbes
 Contacts avec des animaux
 Exposition en milieu de travail Autres : _____

7. Région probable d'acquisition

- Montérégie (ville, village) – Nom d'un lieu : _____
 Autres lieux (pays, province, région, ville) : _____

8. Traitement et hospitalisation

- Doxycycline 100 mg BID, p.o. — durée : _____ jours Prescrit : (A/M/J)
 Amoxicilline (posologie, durée) : _____ Prescrit : (A/M/J)
 Autres médicaments (posologie, durée) : _____ Prescrit : (A/M/J)
 Hospitalisation (durée) : _____ jours

9. Prélèvements demandés Oui Non

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lyme Prescrit : (A/M/J) | <input type="checkbox"/> Anaplasmoze : Prescrit : _ (A/M/J) |
| Prescrit : (A/M/J) | <input type="checkbox"/> Babébiose : Prescrit : (A/M/J) |

10. Récupération

En date du :

- Complète Inconnu Partielle (précisez) : _____

11. Hémovigilance**Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes :**

- a) Don sang / produit sanguin Oui Non Inconnu
b) Réception sang / produit sanguin Oui Non Inconnu
c) Don d'organe / tissus Oui Non Inconnu
d) Réception d'organe / tissus Oui Non Inconnu

12. Signature du médecin

Nom du médecin :	Signature :
N° de permis :	Date :
Téléphone :	