

Ce formulaire est à remplir par le médecin et à retourner rapidement à la **Direction régionale de santé publique de Montréal** par télécopieur (confidentiel) au 514 528-2461
Ce formulaire est accepté pour la déclaration d'un cas de maladie de Lyme par un médecin.

1. Identification du patient			
Nom : _____		Prénom : _____	
Date de naissance : ____j/____m/____a		Âge : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Téléphone : (____) ____ - _____		Courriel : _____	
Adresse : _____		Ville : _____	Code postal : _____
- Cochez seulement les réponses qui s'appliquent -			
2. Présentation clinique			
Date de début des symptômes : ____j/____m/____a			
2.1 Manifestations cutanées			
<input type="checkbox"/> Érythème migrant (diamètre ≥5 cm, durée ≥48 heures)		Site : _____	
<input type="checkbox"/> Érythème migrant multiple			
2.2 Manifestations générales			
<input type="checkbox"/> Fièvre (≥38°C) <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Myalgies <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Autres : _____			
2.3 Manifestations musculo-squelettiques			
Douleur articulaire : <input type="checkbox"/> Intermittente <input type="checkbox"/> Soutenue <u>sans</u> gonflement <input type="checkbox"/> Soutenue <u>avec</u> gonflement			
Atteinte <input type="checkbox"/> Mono-articulaire <input type="checkbox"/> Oligo-articulaire		Site(s) : <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	
2.4 Manifestations neurologiques			
<input type="checkbox"/> Paralyse faciale	<input type="checkbox"/> Autres névrites	<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
2.5 Manifestations cardiaques			
<input type="checkbox"/> Bloc auriculoventriculaire (2 ^{ième} ou 3 ^{ième} degré)		<input type="checkbox"/> Myocardite	<input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
3. Traitement antibiotique/Récupération			
3.1 Traitement antibiotique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ; si oui, traitement prescrit le : ____j/____m/____a			
<input type="checkbox"/> Doxycycline <input type="checkbox"/> Amoxicilline <input type="checkbox"/> Autre : _____		Posologie : _____ Durée : ____ jours	
3.2 Récupération		<input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Partielle (préciser) : _____	
4. Prélèvements demandés pour analyse de laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<input type="checkbox"/> Maladie de Lyme		<input type="checkbox"/> Sérologie <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Prescrit : ____j/____m/____a
<input type="checkbox"/> Anaplasmose <input type="checkbox"/> Babésiose <input type="checkbox"/> Autres : _____		Prescrit : ____j/____m/____a	
5. Hémo/histovigilance - Dans les 8 semaines (sang et produits sanguins) et 31 jours (organes et tissus) précédant le début des symptômes :			
<input type="checkbox"/> Don ou <input type="checkbox"/> Réception de sang/produits sanguins		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
<input type="checkbox"/> Don ou <input type="checkbox"/> Réception d'organes/tissus		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Nom du patient : _____

6. Piqûre de tique : Oui Non; *si oui, répondre aux questions ci-dessous* →

Date : ____j/____m/____a Endroit (ville/province/État) : _____

Durée d'attachement de la tique à la peau < 24 heures ≥ 24 heures

Tique envoyée au laboratoire Oui Non

Prophylaxie antibiotique post exposition prescrite Oui Non → Si oui, date : ____j/____m/____a

7. Mode probable d'exposition - *Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes* :

Activités à risque (ex. : plein air ou randonnée en forêt, boisé, hautes herbes, camping, chasse, pêche)

Exposition en milieu de travail (ex. : travailleur forestier, agent de la faune, biologiste)

Autres (préciser) : _____

8. Lieu probable d'exposition

Montréal - municipalité(s) : _____

Autres régions du Québec - ville(s), municipalité(s): _____

Autres – province(s), état(s), ville(s), région(s) : _____

9. Commentaires du médecin (antécédents, problèmes de santé pertinents ou précisions)

10. Signature du médecin

Nom du médecin : _____ Signature : _____

No de permis : _____ Date : ____j/____m/____a

Téléphone : (____) ____ - _____ Courriel : _____

2019 (MLYME) Formulaire d'enquête pour le médecin/Date de la dernière mise à jour : 2019-05-15

Le présent formulaire est adapté de celui produit par les Directions de santé publique de la Montérégie et de l'Estrie