

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 ≥72 heures)	Site : _____	Observé par : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Érythème migrant multiple		

2.2 Manifestations générales

Fièvre (≥38°C) Fatigue Arthralgies Myalgies Céphalées Autres : _____

2.3 Manifestations musculo-squelettiques

Douleur articulaire : Intermittente Soutenue sans gonflement Soutenue avec gonflement

Atteinte Mono-articulaire Oligo-articulaire Site(s) : Genou Hanche Autre(s) : _____

2.4 Manifestations neurologiques

Paralyse faciale Autres névrites Méningite Encéphalite Autre(s) : _____

2.5 Manifestations cardiaques

Bloc auriculoventriculaire (2^{ième} ou 3^{ième} degré) Myocardite Autre(s) : _____

3. Traitement antibiotique/Récupération

3.1 Traitement antibiotique : Oui Non ; si oui, traitement prescrit le : ____j/____m/____a

Doxycycline Amoxicilline Autre : _____ Posologie : _____ Durée : _____ jours

3.2 Récupération Complète Inconnue Partielle (préciser) : _____

4. Prélèvements demandés pour analyse de laboratoire : Oui Non

Maladie de Lyme Sérologie Autre(s) : _____ Prescrit : ____j/____m/____a

Anaplasmose Babésiose 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 :

Don ou Réception de sang/produits sanguins Oui Non Inconnu

Don ou Réception d'organes/tissus Oui Non Inconnu

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

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

Tique prélevée et 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 : _____

2018 (MLYME) Formulaire d'enquête pour le médecin/Date de la dernière mise à jour : 2018-07-03

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