

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UN CAS DE MALADIE DE LYME
à la Direction de santé publique de l'Estrie

COMPLÉTEZ ET RETOURNEZ RAPIDEMENT PAR TÉLÉCOPIEUR À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
AU 819 564-5435 (CONFIDENTIEL) OU PAR COURRIEL : dspmadorci.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

1. Identification du patient		MADO
Nom :	_____	Prénom : _____
NAM :	_____	Âge : _____ Téléphone : _____
Adresse :	_____	Ville : _____ Code postal : _____

*** **COCHEZ UNIQUEMENT LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT** ***

2. Manifestations cliniques	
Premières manifestations cliniques/symptômes :	_____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
a) Manifestations cutanées	Début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Érythème migrant (lésion unique \geq à 5 cm)	} Site : _____ Diamètre objectivité : _____ Description : _____
<input type="checkbox"/> Lésions multiples	
b) Manifestations générales	Début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Autres (<i>sudation, perte de poids</i>) :	_____
<input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Arthralgies/myalgies diffuses (<i>courbatures</i>)	_____
c) Manifestations musculo-squelettiques	Début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Douleur articulaire soutenue sans gonflement	} <input type="checkbox"/> GENOU : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Plusieurs articulations à la fois <input type="checkbox"/> Autre(s) articulation(s) : _____
<input type="checkbox"/> Douleur articulaire migratrice passagère	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	
d) Manifestations neurologiques	Début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Paralyse faciale <input type="checkbox"/> Autres névrites (<i>algies, paresthésies</i>) :	_____
<input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Atteinte du SNC (<i>fonctions mentales, troubles mémoires, etc.</i>)	_____
e) Manifestations cardiaques	Début : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Bloc auriculo-ventriculaires (<i>2^e/3^e degré</i>) \longrightarrow <input type="checkbox"/> Pacemaker installé	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

3. Piqûre de tique	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date présumée de la piqûre : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)	Activités dans zones d'exposition à risque : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)
Prophylaxie reçue : _____ / _____ / _____ (aaaa/mm/jj)	Spécifier traitement : _____

4. Mode probable d'acquisition

Dans les 4 semaines précédant le début des symptômes :

- Activités extérieures : par exemple, *plein air en forêt, boisé, hautes herbes, etc.*
- Contacts avec des animaux (*spécifier*) : _____
- Exposition en milieu de travail (*spécifier*) : _____

5. Région probable d'acquisition

- Estrie (*municipalité*) – Nom d'un lieu et date : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Autres lieux et date :
(*pays, province, municipalité, région*) : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

6. Traitement et hospitalisation

- Doxycycline 100 mg BID, p.o. pendant : _____ jours _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Amoxicilline (dosage, nb de jours) : _____ jours _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Autres médicaments : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Hospitalisation (durée) : _____ jours _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

7. Prélèvements sérologiques

- Oui Non Si oui : Date prescrite : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Date prescrite : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

8. Récupération

- En date du : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)
- Complète Inconnue Partielle (*préciser*) : _____

9. 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

10. Commentaires du médecin

11. Signature du médecin

Nom du médecin : _____ Signature : _____

N° de permis : _____ Date : _____ / ____ / ____ (aaaa/mm/jj)

Téléphone : _____