

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 : [dspmadomci.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dspmadomci.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)

Érythème migrant  
(lésion unique ≥ à 5 cm)

Lésions multiples

Site : \_\_\_\_\_

Diamètre objectivité : \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

Observé par :  MD  Infirmière  Patient  Autre

**b) Manifestations générales** **Début :** \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Fièvre  Fatigue  Autres (sudation, perte de poids) : \_\_\_\_\_

Céphalées  Arthralgies/myalgies diffuses (courbatures)

**c) Manifestations musculo-squeletiques** **Début** \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Douleur articulaire soutenue sans gonflement

Douleur articulaire migratrice passagère

Douleur avec gonflement (arthrite à Lyme)

Autres : \_\_\_\_\_

GENOU :  droit  gauche

Plusieurs articulations à la fois

Autre(s) articulation(s) : \_\_\_\_\_

**d) Manifestations neurologiques** **Début :** \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Paralyse faciale  Autres névrites (algies, paresthésies) :

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

**e) Manifestations cardiaques** **Début :** \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Bloc auriculo-ventriculaires (2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> degré) →  Pacemaker installé

Autres : \_\_\_\_\_

**3. Piqûre de tique**

Oui  Non

Date présumée de la piqûre : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Activités dans zones d'exposition à risque : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj)

Prophylaxie reçue : \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Spécifiez 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 (spécifiez) : \_\_\_\_\_
- Exposition en milieu de travail (spécifiez) : \_\_\_\_\_

#### 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 (précisez) : \_\_\_\_\_

#### 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 : \_\_\_\_\_