

Formulaire d'enquête et de déclaration d'un cas de maladie de Lyme

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		
Arthrite de Lyme : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
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"/> Paralysie 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	<input type="checkbox"/> < 24 heures <input type="checkbox"/> ≥ 24 heures
<input type="checkbox"/> Tique envoyée au laboratoire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Prophylaxie antibiotique post exposition prescrite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Si oui, date : ____j/____m/____a

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

<input type="checkbox"/> Activités à risque (ex. : plein air ou randonnée en forêt, boisé, hautes herbes, camping, chasse, pêche)
<input type="checkbox"/> Exposition en milieu de travail (ex. : travailleur forestier, agent de la faune, biologiste)
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____

8. Lieu probable d'exposition

<input type="checkbox"/> Montréal - municipalité(s) : _____
<input type="checkbox"/> Autres régions du Québec - ville(s), municipalité(s) : _____
<input type="checkbox"/> 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 : 2026-05-25
Le présent formulaire est adapté de celui produit par les Directions de santé publique de la Montérégie et de l'Estrie