

IDENTIFICATION DU CAS		
Nom : _____	Prénom : _____	Sexe : ☐ F ☐ M
Adresse : _____		☐ SDF
Téléphone principal : _____	Téléphone autre : _____	
Date de naissance : ____/____/____ aaaa mm jj	RAMQ : _____	Âge : _____

Vous avez récemment déclaré ou demandé une sérologie maladie de Lyme pour la personne mentionnée ci-haut. Puisqu'il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé publique*, le laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) nous a acheminé le résultat s'il y a lieu.

La Direction de santé publique de la Capitale-Nationale effectue une enquête épidémiologique auprès de tous les cas de maladie de Lyme. Préalablement à cette enquête, nous devons nous assurer que vous avez annoncé le diagnostic à votre patient. Nous souhaitons également votre collaboration pour répondre aux questions suivantes :

Le patient est avisé du résultat et du diagnostic de maladie de Lyme : ☐ Oui ☐ Non ☐ À venir : ____/____/____ Date prévue (aaaa/mm/jj)
Stade de la maladie* : ☐ précoce localisé ☐ disséminé précoce ☐ disséminé tardif <i>*Vous référez à l'outil d'aide au diagnostic de l'INESSS : Outil diagnostic - Maladie de Lyme aux stades localisé et disséminés (inesss.gc.ca)</i>
Date de début des symptômes (DDS) : ____/____/____ aaaa mm jj
Manifestations cutanées : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ☐ Érythème migrant ≥ 5 cm ☐ Lésion unique < 5 cm ☐ Érythème migrant multiple Visualisé par un médecin : ☐ Non ☐ Oui, date : ____/____/____ Site(s) : _____ aaaa mm jj
Manifestations générales : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ☐ fièvre (≥ 38°C) ☐ céphalée ☐ fatigue ☐ Arthralgies ☐ Myalgies ☐ Autres (sudation, perte de poids), précisez : _____
Manifestations neurologiques : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ☐ raideur nuque ☐ névrite crânienne ☐ paralysie faciale ☐ méningite ☐ encéphalite ☐ radiculopathie ☐ Autres, précisez : _____
Manifestations cardiaques : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ☐ syncope ☐ myocardite ☐ trouble du rythme ☐ bloc A-V (2 ^e ou 3 ^e degré) ☐ dyspnée ☐ douleur thoracique ☐ Autres, précisez : _____
Manifestations musculo-squelettiques : ☐ Non ☐ Oui, précisez : Arthralgie : ☐ intermittente ☐ soutenue sans gonflement ☐ soutenue avec gonflement Atteinte : ☐ mono-articulaire ☐ oligo-articulaire Site : ☐ genou ☐ hanche ☐ autres : _____

Piqûre de tique : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____		Date de la piqûre : ____/____/____	
Tique attachée à la peau : ☐ < 24 heures ☐ ≥ 24 heures		Tique visualisée par un médecin : ☐ Non ☐ Oui, date : ____/____/____ aaaa mm jj	
Prophylaxie antibiotique post exposition prescrite : ☐ Non ☐ Oui, date : ____/____/____ aaaa mm jj			
Exposition : Ville(s) fréquentée(s) durant la période d'exposition* (*varie selon le stade) : _____ Activités à risque (ex : marche en forêt) : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____			
Traitement reçu : ☐ Non ☐ Oui, précisez : _____		Date : ____/____/____ aaaa mm jj	
Prélèvements demandés pour analyse : ☐ Non ☐ Oui :		Date prescription : ____/____/____ aaaa mm jj	
☐ Maladie de Lyme (durée des symptômes > 6 semaines) ☐ Anaplasmose ☐ Babébiose ☐ Autre : _____			
Informations additionnelles : 			

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT	
Nom : _____	N° permis : _____
Lieu de pratique : _____	Téléphone : _____
Signature : _____	Date : _____ / _____ / _____ aaaa mm jj

Veuillez transmettre vos réponses par télécopieur (418) 661-7153
ou par courriel à l'adresse : 03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca

Si vous désirez plus d'information ou du soutien pour certaines de vos interventions, vous pouvez joindre le service de prévention et protection des maladies infectieuses au 418 666-7000, option 3 suivi de l'option 1