

**Veillez remplir ce formulaire et le retourner à :**  
 Santé publique Ottawa  
 Programme des maladies infectieuses  
 100, promenade Constellation, 8<sup>e</sup> étage Est  
 Ottawa (Ontario) K2G 6J8  
 Télécopieur : 613-580-9640

**Formulaire de déclaration de la maladie de Lyme par le fournisseur de soins de santé**

Renseignements sur le patient				
Nom de famille :		Prénom :		
Date de naissance (aaaa-mm-jj) :	Âge :	Sexe :	Numéro de carte Santé :	
Adresse :		Ville :	Province :	Code postal :
N° de téléphone :		N° de cellulaire :		

Symptômes (veuillez remplir chaque ligne)	Oui	Date d'apparition (aaaa-mm-jj)	Non	Ne sait pas
<b>Neurologiques</b>				
Symptômes auditifs				
Paralysie de Bell ou autre névrite crânienne				
Trouble cognitif				
Maux de tête				
Déficiência auditive				
Méningite lymphocytaire / encéphalite / encéphalomyélite				
Amnésie				
Cervicalgie				
Paresthésie				
Radiculoneuropathie				
Symptômes visuels				
<b>Dermatologiques</b>				
Cellulite				
Érythème migrant (EM)				
Taille de l'EM en cm : _____				
Observé par un médecin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Éruption cutanée				
<b>Musculosquelettiques</b>				
Arthralgie				
Arthrite				
Myalgie				
<b>Cardiaques</b>				
Bloc auriculo-ventriculaire (deuxième ou troisième degré)				
Cardite				
Palpitations ou arythmie				
<b>Constitutionnels</b>				
Fatigue				
Fièvre				
Lymphadénopathie				
Autres :				

<b>Le patient a-t-il subi un test de dépistage de la maladie de Lyme?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – veuillez fournir les renseignements ci-dessous
<b>Le test de dépistage de la maladie de Lyme a-t-il été effectué en Ontario?</b>	<input type="checkbox"/> No – préciser où le test a été effectué :  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas

<b>A-t-on prescrit un traitement au patient?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – veuillez remplir les champs suivants
Médicament :	Date :
Posologie, unité, mode d'administration :	Durée du traitement :
Fréquence :	Prescrit par :

<b>Le patient a-t-il été mordu par une tique?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – veuillez remplir les champs suivants
Quand la morsure a-t-elle eu lieu?	
Où le contact avec la tique s'est-il produit? Donnez des détails :	

<b>Le patient a-t-il remis une tique à des fins d'analyse?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, la tique a-t-elle été apportée par le médecin?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

<b>Hospitalisation</b>		
Le patient s'est-il rendu dans un service des urgences? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Nom de l'hôpital :	Date de la visite :	
Le patient a-t-il été hospitalisé en raison de la maladie de Lyme? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Nom de l'hôpital :	Date de l'admission :	Date du congé :

<b>Issue de la maladie</b>	
<input type="checkbox"/> Rétabli <input type="checkbox"/> Présente des séquelles <input type="checkbox"/> Toujours malade <input type="checkbox"/> Inconnue	
<input type="checkbox"/> Fatale – veuillez remplir les champs suivants :	
Date du décès :	Cause du décès :
La maladie de Lyme a-t-il contribué au décès du patient, sans en être la cause principale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
La maladie de Lyme est-il la cause principale du décès du patient? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
La maladie de Lyme n'a aucun rapport avec le décès? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Ignore-t-on si la maladie de Lyme a provoqué le décès du patient? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Fournisseur de soins de santé (nom en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_