

Borréliose de Lyme

PATIENT

Deux premières lettres du nom : _____
Deux premières lettres du prénom : _____
Sexe : M F Naissance : _____
Mois Année
Commune de résidence : _____
Code postal : _____
Profession : _____

Critères de signalement :

- Érythème migrant de diamètre supérieur ou égal à 5 cm.

OU

- Manifestation secondaire typique ou compatible de type neurologique, articulaire, cardiaque, oculaire ou cutané

ET au moins un des critères biologiques suivants :

- sérologie ELISA confirmée par Western Blot ;

- synthèse intrathécale d'IgG spécifiques ;

- détection par PCR dans un prélèvement ;

- isolement de la bactérie dans un prélèvement.

EXPOSITIONS À RISQUE

Lieu(x) habituellement fréquenté(s) : _____ Commune _____ Activité(s) pratiquée(s) _____
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé _____
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé _____
 Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé _____

Notion de piqûre de tique dans le mois : Non Oui

Si oui : lieu(x) d'exposition :

Forêt Prairie Agriculture Jardin public ou privé Préciser : _____

Commune (à défaut département, région, canton ou pays si hors Alsace) : _____

Activité(s) pratiquée(s) : _____

Date de la piqûre : _____ 2, 0 _____ Durée d'attachement : _____ heures ou _____ jours

Antécédents de piqûre de tique (>1 mois) : Non Oui, si oui : Unique Multiple

CLINIQUE

Date des 1^{ers} signes cliniques : _____ 2, 0 _____ Date du diagnostic clinique : _____ 2, 0 _____

Manifestations cutanées : localisation : _____

Erythème migrant : taille (en cm) : _____ Lymphocytome cutané bénin Acrodermatite chronique atrophiante

Erythèmes migrants multiples Autres : _____

Manifestations articulaires : articulations touchées : _____

Arthrite aiguë (<1 mois) Arthrite chronique : durée d'évolution : _____

Manifestations neurologiques :

Syndrome méningé Méningoradiculite Paralyse faciale Atteinte autres nerfs crâniens

Autres : _____

Manifestations cardiaques, laquelle(s) : _____

Manifestations oculaires, laquelle(s) : _____

Autres manifestations, laquelle(s) : _____

BIOLOGIE

ELISA : _____ 2, 0 _____ IgG _____ IgM _____ Positif Négatif Douteux

WESTERN BLOT : _____ 2, 0 _____ IgG _____ IgM _____ Positif Négatif Douteux

Numération des cellules dans le LCR : _____ Formule des cellules dans le LCR : _____

PCR :

Nature du prélèvement : _____ 2, 0 _____ Positif Négatif

Isolement :

Nature du prélèvement : _____ 2, 0 _____ Positif Négatif

TRAITEMENT

Traitement antibiotique (prévu ou réalisé) : Non Oui

Nature : _____

Posologie : _____

Date : _____ 2, 0 _____ Durée (jours) : _____

MÉDECIN

Date : _____ 2, 0 _____ Tampon :

Nom : _____