

FICHE DE RENSEIGNEMENTS BORRELIOSÉ DE LYME

A joindre obligatoirement aux prélèvements

Médecin prescripteur :
Hôpital et service :
Tel. :

Laboratoire :
Biologiste :
Tel. :

Nature du prélèvement : Date : /__/__/__/
Examen demandé : Sérodiagnostic : PCR : Culture :

PATIENT: Nom : **Prénom :** Sexe : F H
Date de naissance : /__/__/__/ Code postal du domicile : /_____
Profession :

FACTEURS DE RISQUE :

- Activités de loisirs : Non Oui Si oui, nature :
- Contacts avec des animaux ? Non Oui Si oui, lesquels ? :
- Exposition aux tiques (fréquentation de milieux forestiers...) : Non Oui
- Antécédents de piqûre de tique ? Non Oui Si oui, unique ou multiple ?
- **Antécédent** d'érythème migrant : Non Oui Si oui, constaté par un médecin Oui Non
- Notion de piqûre de tique précédant **l'épisode actuel** : Non Oui
Si oui, date de cette piqûre : /__/__/__/ Durée de l'attachement : heures ou jours
Sur quelle partie du corps :
- Lieu de la piqûre (commune, forêt, vallée) : Département : /__/

SYMPTOMATOLOGIE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC : Date des premiers symptômes : /__/__/__/
Date du diagnostic : /__/__/__/

- Manifestations générales**
 - Syndrome algique Syndrome fébrile : °C Asthénie
- Manifestations cutanées**
 - Erythème migrant (> 5 cm) Lymphocytome Acrodermatite Autre (à préciser) :
Localisation :
- Manifestations neurologiques**
 - Atteinte méningée : Non Oui Si oui, atteinte clinique uniquement biologique
 - Atteinte périphérique : si oui laquelle :
 - Paralysie faciale Radiculite Localisation :
 - Atteinte d'une autre paire crânienne, si oui, laquelle :
 - Atteinte centrale : Non Oui Si oui, laquelle :

CYTOLOGIE DU LCR : Non faite Si oui, date : /__/__/__/ Lymphocytose :/ mm³

- Manifestations articulaires** Articulation(s) touchée(s) :
 - Arthralgies seules Arthrite aiguë Arthrite chronique
 - Mono-arthrite Oligo-arthrite Polyarthrite
- Autres manifestations** (à préciser) : Cardiaques Oculaires :

Traitement antibiotique : Non Oui
Nature et posologie : du : /__/__/__/ au : /__/__/__/