



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS BORRELIOSE DE LYME

Médecin prescripteur :

Laboratoire :

**PATIENT :** (2 premières lettres du nom) **Prénom :** Sexe:  F  M  
 Date de naissance: Code postal du domicile:  
 Profession : Activités de loisirs à risque:  Non  Oui Nature :

### Facteurs de risque

- Antécédents de piqûre de tique ?  Non  Oui Unique  ou Multiple  ?  
 - Notion de piqûre de tique précédant l'épisode actuel?  
 Non  Oui Date de la piqûre : Durée présumée de l'attachement :  
 Sur quelle partie du corps :  
 Lieu géographique de la piqûre de tiques (commune, forêt, vallée) :  
 - Contacts avec les animaux ?  Non  Oui : Lesquels ?

### Symptomatologie au moment du diagnostic

Date d'apparition des premiers symptômes :  
 Date du diagnostic :

**Manifestations générales** Date d'apparition :  
 Syndrome algique  Syndrome fébrile .....°C  Asthénie  
 **Manifestations cutanées** Localisation : Date d'apparition :  
 Erythème migrant  Lymphocytome  Acrodermatite  Autres à préciser:  
 **Manifestations neurologiques** Date d'apparition :  
 Atteinte méningée  Non  Oui :  clinique  uniquement biologique  
 Atteinte périphérique  Non  Oui Laquelle :  
 Radiculite localisation :  Paralyse faciale  autre, précisez :  
 Cytologie du LCR :  Non  Oui : Date : --/--/--  Lymphocytose ..... / mm<sup>3</sup>  
 Atteinte centrale  Non  Oui Laquelle :  
 **Manifestations articulaires** Articulation(s) touchée(s) : Date d'apparition :  
 Arthrite aiguë  Arthrite chronique  Arthralgies isolées  
 Mono-arthrite  Oligo-arthrite  Poly-arthrite  
 **Autres manifestations** à préciser :  **cardiaques** :  **oculaires** :

Sérologie de Lyme effectuée  Non  Oui :

	Test effectué/Seuil	Date	IgG	Résultat IgM
Sérum N°1				
Sérum N°2				
LCR				

Sérologie syphilitique effectuée :  Non  Oui Résultat :

Cliniquement, vous considérez le diagnostic :  Certain  Probable  Possible

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

Le Centre National de Référence des Borrelia étant informatisé et n'ayant pas de contact direct avec les patients qui s'adressent à votre laboratoire, nous vous remercions d'informer ceux-ci de leur droit d'accès et de rectification des informations les concernant (Loi N°78-17 du 06 janvier 1978).

Fiche à transmettre au CNR des Borrelia.

Unité de Bactériologie Moléculaire et Médicale, Institut Pasteur, 28 rue du Dr. Roux, 75724 Paris Cedex 15  
 Fax: 01 40 61 30 01 \_\_ Courriel dpostic@pasteur.fr ou eferquel@pasteur.fr