



## 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	Résultat	
			IgG	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