Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

LN2839

☐ CHDL
☐ HPLG
☐ CLSC-Nord
☐ CLSC-Sud
☐ HEB-Nord
☐ HEB-Sud
☐ CR

Site : _____

Prog./Service./Unité : _____

Date de naissance * (Année / Mois / Jour)	Nº de dossier *
Nom à la naissance *	Prénom *
Nº d'assurance maladie	
Adresse	
Ville / Code postal	Nº de téléphone
Nom de la mère	Nom du père

*Les éléments marqués d'une étoile (*) sont obligatoires

RÉFÉRENCE MALADIE DE LYME – CCCC

Section à l'usage unique de la clinique cas complexes et chroniques (CCCC)

Charte des codes de priorité de prise en charge :
C : < 28 jours D : < 3 mois E : < 12 mois *Code de priorité attribué :* ☐

Critère de référence

L'usager doit répondre aux 6 critères pour être admissible, veuillez cocher si l'usager répond.

☐ 1. Infection Maladie de Lyme ou signe et symptômes correspondants à la Maladie de Lyme.

☐ 2. Être âgé de plus de 14 ans.

☐ 3. Présence de manifestations cliniques au-delà de 3 mois après l'infection initiale.

☐ 4. Présence de manifestations cliniques qui ne peuvent pas être expliquées par une autre condition et qui n'existaient pas avant l'infection

☐ 5. L'usager accepte d'être contacté par l'équipe de la clinique de cas complexes et chroniques et de se déplacer à la clinique.

☐ 6. Le suivi sera effectué par le référent en collaboration avec la Clinique de cas complexes chroniques (les usagers sans médecin de famille seront référés au GAP, au besoin).

_____ _____ _____
Nom du référent en lettres moulées No de pratique No de téléphone

Date du test / Début des symptômes	À cocher **Si applicable**	Date de passation du test (aaaa/mm/jj)
Contact avec une tique	☐	
Test sérologique et dépistage	☐	
Érythème migrant	☐	
Région à risque visitée (*Maine, Vermont, Estrie, Montérégie, Europe, Autre*)	☐	
Date approximative de début des symptômes ou lien épidémiologique (aaaa/mm/jj) :		

Signes et symptômes persistants depuis l'infection initiale à la Maladie de Lyme	Oui	Non	Code
SYSTÉMIQUE GÉNÉRAL : Fatigue, sueurs nocturnes, fièvre, frisson, trouble du sommeil, lymphadénopathie.	☐	☐	D
SYSTÉMIQUE INVALIDANT : Malaise post-effort, POTS, dysautonomie.	☐	☐	C
TROUBLES NEUROCOGNITIFS : Mal de tête, sensations diminuées, picotements, brouillard mental : perte de mémoire, difficulté de concentration, méningite.	☐	☐	C
DERMATOLOGIQUES : Éruption cutanée, perte de cheveux.	☐	☐	E
SANTÉ MENTALE : Trouble anxieux ou dépressif (sans idées suicidaires).	☐	☐	E
SANTÉ MENTALE : Trouble anxieux ou dépressif avec idées suicidaire (avec ou sans plan). ***Référez au travailleur social du GMF ou Info-Social pour prise en charge immédiate**.	☐	☐	C
CARDIO-PULMONAIRE : Essoufflement, douleur thoracique, tachycardie, bradycardie, bloc AV premier degré, perte de conscience, pré-syncope.	☐	☐	C

Nom : Prénom : # Dossier :

Signes et symptômes persistants depuis l'infection initiale à la Maladie de Lyme (suite)	Oui	Non	Code
VOIES RESPIRATOIRES : Mal de gorge, altération de la voix, congestion nasale.	☐	☐	E
GASTRO-INTESTINAL : Nausées ou vomissements, manque d'appétit, gain ou perte de poids, diarrhée, douleur abdominale.	☐	☐	E
SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE : Douleurs musculaires et/ou articulaires, mobilité réduite.	☐	☐	D
Autres diagnostics, informations ou symptômes pertinents :	☐	☐	

Impact fonctionnel sur le quotidien	Oui	Non	Code
Impact négligeable dans la vie de tous les jours. Réalise ses tâches/activités habituelles, bien que persistent des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression.	☐	☐	E
Patient doit éviter ou réduire certaines activités/tâches quotidiennes, ou alors les répartir sur des périodes plus longues en raison de symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant réaliser toutes ses activités quotidiennes sans aucune aide.	☐	☐	D
Patient ne peut pas réaliser les tâches et/ou activités habituelles en lien avec des symptômes*, des douleurs, des signes d'anxiété ou de dépression. Il peut cependant prendre soin de lui-même sans aucune aide.	☐	☐	D
Patient avec limitations sévères au quotidien, incapacité d'être seul et de prendre soin de lui, dépendant de soins infirmiers et/ou d'une tierce personne en raison de ses symptômes*, de douleurs, de signes d'anxiété ou de dépression.	☐	☐	C

** Par exemple : Fatigue et/ou malaise post-exercice, troubles neurocognitifs (mémoire, concentration, attention, tâches exécutives)*

Impact fonctionnel sur le travail	Oui	Non	Code
Incapacité totale de travailler.	☐	☐	C
Incapacité partielle de travailler (retour progressif, temps partiel).	☐	☐	D
Aucune incapacité (travaille et participe aux AVD comme avant).	☐	☐	E
Bénéficie d'une assurance invalidité (personnelle ou CNESST).	☐	☐	N/A

Intervention et consultations depuis la Maladie de Lyme *Cocher et/ou remplir*	Date de fin (aaaa/mm/jj)	En cours (suivi)	En attente	Non
Clinique de Maladie de Lyme		☐	☐	☐
Physiothérapie		☐	☐	☐
Ergothérapie		☐	☐	☐
Psychologie		☐	☐	☐
Neuropsychologie		☐	☐	☐
Autre :		☐	☐	☐
Autre :		☐	☐	☐

Consultations médicales depuis la Maladie de Lyme *Cocher et/ou remplir*	Date de fin (aaaa/mm/jj)	En cours (suivi)	En attente	Non
Cardiologie		☐	☐	☐
Pneumologie		☐	☐	☐
Neurologie		☐	☐	☐
Rhumatologie		☐	☐	☐
Autre :		☐	☐	☐
Autre :		☐	☐	☐

Signature

Nom en lettres moulées

Titre et no permis

Date (aaaa/mm/jj)