



QUESTIONNAIRE MALADIE DE LYME

Date à laquelle j'ai été piqué(e) par une tique _____ Je ne me souviens pas

Avez-vous constaté une « auréole rouge » centrée au niveau de la piqûre dans les jours suivants ?

Parmi les symptômes, au dos de ce document, cochez ceux que vous avez ressentis.



OSKAN

Espace Européen de l'Entreprise - 11, rue de La Haye - 67300 SCHILTIGHEIM - Tél. 03 88 81 06 05

- | | | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|
| 1. Erythème migrant
(pas toujours évident car relativement fugace) | <input type="checkbox"/> Oui | 16. Souffle court, toux | <input type="checkbox"/> Oui | 30. Tics ou mouvements nerveux | <input type="checkbox"/> Oui |
| 2. Fièvres, transpiration, bouffées de chaleur | <input type="checkbox"/> Oui | 17. Lancements ou douleurs lancinantes | <input type="checkbox"/> Oui | 31. Vision double, trouble, sensibilité à la lumière | <input type="checkbox"/> Oui |
| 3. Changement de poids inexplicable (gain ou perte) | <input type="checkbox"/> Oui | 18. Picotements, engourdissements,
sensations de brûlures (pieds, mains, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui | 32. L'œil (paupière) qui saute | <input type="checkbox"/> Oui |
| 4. Fatigue, épuisement, manque d'endurance | <input type="checkbox"/> Oui | 19. Douleurs musculaires et crampes | <input type="checkbox"/> Oui | 33. Douleurs des yeux, pressions, brûlures, | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5. Perte de cheveux inexplicquée | <input type="checkbox"/> Oui | 20. Perte de tonus musculaire | <input type="checkbox"/> Oui | 34. Bourdonnements, sifflements, douleurs
d'oreilles, sensibilité au bruit | <input type="checkbox"/> Oui |
| 6. Inflammation de glandes | <input type="checkbox"/> Oui | 21. Difficulté de marche | <input type="checkbox"/> Oui | 35. Vertiges et perte d'équilibre,
mal de mer accru | <input type="checkbox"/> Oui |
| 7. Mal de gorge inexplicable et persistant | <input type="checkbox"/> Oui | 22. Palpitations cardiaques, extrasystoles,
irrégularités du rythme cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | 36. Impression que le cerveau a du mal
à fonctionner, d'être dans les vapes | <input type="checkbox"/> Oui |
| 8. Douleurs pelviennes ou testiculaires | <input type="checkbox"/> Oui | 23. Douleurs de poitrine,
gonflement des chevilles | <input type="checkbox"/> Oui | 37. Difficulté à penser (pensée confuse),
à se concentrer, à lire | <input type="checkbox"/> Oui |
| 9. Menstruations irrégulières | <input type="checkbox"/> Oui | 24. Douleurs et/ou inflammations
des articulations (arthrite) | <input type="checkbox"/> Oui | 38. Perte de mémoire à court terme, oublis | <input type="checkbox"/> Oui |
| 10. Seins douloureux,
production de liquide/lait | <input type="checkbox"/> Oui | 25. Raideurs et craquements de la nuque/cou,
du dos et des articulations | <input type="checkbox"/> Oui | 39. Difficulté d'orientation :
se perdre ou aller là où on ne voulait pas | <input type="checkbox"/> Oui |
| 11. Troubles du fonctionnement de la vessie | <input type="checkbox"/> Oui | 26. Douleurs de la nuque/cou,
du dos et des articulations | <input type="checkbox"/> Oui | 40. Difficulté à écrire ou à parler, | <input type="checkbox"/> Oui |
| 12. Perte de libido | <input type="checkbox"/> Oui | 27. Paralyse faciale, | <input type="checkbox"/> Oui | 41. Dépression, irritabilité, sautes d'humeur, | <input type="checkbox"/> Oui |
| 13. Estomac sensible, brûlures,
digestions difficiles | <input type="checkbox"/> Oui | 28. Douleurs de la mâchoire à la mastication | <input type="checkbox"/> Oui | 42. Troubles du sommeil, | <input type="checkbox"/> Oui |
| 14. Changement dans la fonction intestinale,
constipation, diarrhée | <input type="checkbox"/> Oui | 29. Maux de tête très importants,
pressions de la tête | <input type="checkbox"/> Oui | 43. Les effets dus à la consommation
d'alcool sont renforcés | <input type="checkbox"/> Oui |

Restez vigilant dans le cas où vous avez répondu « oui » à six questions.