



# 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<br>(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                         |                              | 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,<br>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<br>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,<br>mal de mer accru                         | <input type="checkbox"/> Oui |
| 7. Mal de gorge inexplicable et persistant                             | <input type="checkbox"/> Oui | 22. Palpitations cardiaques, extrasystoles,<br>irrégularités du rythme cardiaque  | <input type="checkbox"/> Oui | 36. Impression que le cerveau a du mal<br>à fonctionner, d'être dans les vapes | <input type="checkbox"/> Oui |
| 8. Douleurs pelviennes ou testiculaires                                | <input type="checkbox"/> Oui | 23. Douleurs de poitrine,<br>gonflement des chevilles                             | <input type="checkbox"/> Oui | 37. Difficulté à penser (pensée confuse),<br>à se concentrer, à lire           | <input type="checkbox"/> Oui |
| 9. Menstruations irrégulières  | <input type="checkbox"/> Oui | 24. Douleurs et/ou inflammations<br>des articulations (arthrite)                  | <input type="checkbox"/> Oui | 38. Perte de mémoire à court terme, oublis                                     | <input type="checkbox"/> Oui |
| 10. Seins douloureux,<br>production de liquide/lait                    | <input type="checkbox"/> Oui | 25. Raideurs et craquements de la nuque/cou,<br>du dos et des articulations       | <input type="checkbox"/> Oui | 39. Difficulté d'orientation :<br>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,<br>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. Paralysie faciale,  | <input type="checkbox"/> Oui | 41. Dépression, irritabilité, sautes d'humeur,                                 | <input type="checkbox"/> Oui |
| 13. Estomac sensible, brûlures,<br>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,<br>constipation, diarrhée | <input type="checkbox"/> Oui | 29. Maux de tête très importants,<br>pressions de la tête                         | <input type="checkbox"/> Oui | 43. Les effets dus à la consommation<br>d'alcool sont renforcés                | <input type="checkbox"/> Oui |
| 15. Douleurs au niveau de la cage thoracique<br>et des côtes           | <input type="checkbox"/> Oui |   |                              |  |                              |

---

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