

RCP du Centre de Référence des Maladies Vectorielles à Tiques**Strasbourg**

PATIENT		MEDECIN DEMANDEUR	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Mail :	
Date de naissance :		Adresse postale/ Service :	
NIP :		Téléphone :	

DESTINAIRES du compte-rendu de RCP :	COORDONNEES :
PATIENT : Mr / Mme	
DOCTEUR (médecin traitant)	
DOCTEUR (autres médecins spécialistes)	
DOCTEUR (demandeur de la RCP si autre)	

Date de la RCP : ___ / ___ / _____

Médecin présentant le dossier : Dr _____

Médecins/Personnels paramédicaux présents à la réunion :

Antécédents significatifs – préciser si nécessaire	
Infectieux	
Neurologique	
Rhumatologique	
Maladies auto immunes/ inflammatoires	
Dermatologique	
Psychiatrique	
Chirurgicaux	

Allergique	
Autre	

RESUME de la SITUATION MEDICALE ACTUELLE :

Exposition aux tiques oui non

Antécédent d'érythème migrant oui non

Piqûre de tique objectivée oui non

Date d'apparition des symptômes :

Délai avec une éventuelle piqûre de tique :

Signes cliniques articulaires oui non

Préciser :

Signes cliniques dermatologiques oui non

Préciser :

Signes cliniques neurologiques oui non

Préciser

Signes cliniques psychiatriques/psychologiques oui non

Préciser

Signes cliniques fonctionnels oui non

Préciser :

Autres Signes cliniques oui non

Préciser

Sérologie de Lyme en ELISA en IgM : positive négative douteuse

Sérologie de Lyme en ELISA en IgG : positive négative douteuse

Sérologie de Lyme en WB en IgM : positive négative douteuse

Sérologie de Lyme en WB en IgG : positive négative douteuse

Autres données pertinentes :

Question posée à la RCP :

Proposition de la RCP :

Diagnostic retenu :

Traitement proposé :

Suivi proposé :