

Quel sont les symptômes dont vous souffrez ?

Douleurs au niveau des articulations :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gonflements au niveau des articulations :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Douleurs musculaires (crampes, courbatures) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diminution de la force musculaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fourmillements dans les membres :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sensation de brûlure :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diminution de la sensibilité :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vertiges :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bourdonnements d'oreille :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Maux de têtes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Malaises :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Démangeaisons :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sensibilité anormale de la peau au soleil :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Chute de cheveux :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeur et douleur au niveau des yeux :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Baisse de vision :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sècheresse des yeux (larmes insuffisantes) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sècheresse buccale (salive insuffisante) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fatigue permanente inhabituelle :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fatigue inhabituelle à l'effort :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Insomnies :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Somnolence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Perte d'appétit :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Perte de poids :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui : combien de Kg ? _____ en combien de temps ? _____		
Sueur excessive :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sueurs insuffisantes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fièvre :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si Oui, quelle température ? _____		
Tristesse inhabituelle :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diminution de la libido :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Idées noires :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Anxiété :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Cauchemars :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Lenteur pour réfléchir :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autre _____		

Quelle personne a évoquée chez vous la maladie de Lyme ?

Le médecin traitant Un médecin spécialiste quelle spécialité _____

Vous-même Un ami