

Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Date de première visite : / /

Jour
Mois
Année

IDENTITÉ DU PATIENT	NOM : <input style="width: 150px;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 150px;" type="text"/>	<small>Jour Mois Année</small>
	Nom de naissance : <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme

IDENTITÉ DU MÉDECIN	NOM : <input style="width: 150px;" type="text"/>	Tél. / fax : <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 150px;" type="text"/>	E-mail : <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Adresse postale : <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Antécédents du patient

Le patient est caucasioïde : Oui Non ... Si non, préciser :

Maladie auto-immune : Non Oui ... Si oui, préciser :

Tumeur : Non Oui ... Si oui, préciser :

1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES



Date de début de l'épisode :	<i>Jour / Mois</i>	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
	<i>Année</i>	<input style="width: 40px;" type="text"/>			
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :		<input style="width: 40px;" type="text"/>			

Sémiologie de l'épisode	Début maladie				
Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/>				
Gêne des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>				
Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>				
Troubles sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	<input type="checkbox"/>				
Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/>				
Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>				
Troubles oculomoteurs	<input type="checkbox"/>				
Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/>				
Atteinte sensitive du visage	<input type="checkbox"/>				
Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/>				
Troubles de la parole ou de la déglutition	<input type="checkbox"/>				
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>				
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>				
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>				
Fatigue	<input type="checkbox"/>				
Autre(s) : si oui, préciser	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>				

Syndrome clinique	Début maladie				
MYÉLITE TRANSVERSE <i>Extensive / Non extensive</i>	<input type="checkbox"/>				
NÉVRITE OPTIQUE <i>Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale</i>	<input type="checkbox"/>				
AUTRE : si oui, préciser	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

Caractéristiques de l'épisode	Début maladie				
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Score visuel maximal (Échelle visuelle) <i>OD/OG</i>	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Récupération <i>Complète / Incomplète / Nulle</i>	<input type="checkbox"/>				
Traitement corticoïde <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Si oui : i.v. / i.m. / oral</i>	<input type="checkbox"/>				
Échanges plasmatiques <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
Immunoglobulines i.v. <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
Immunosuppresseur <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
<i>Si oui, préciser</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

2. HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE

Handicap moteur (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	Handicap visuel			
	<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>OD</i>	<i>OG</i>
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
10 Décès	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>
			(Score visuel d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk <i>et al.</i> , 1999)	

3. HISTORIQUE PARACLINIQUE

IRM Date : _____

	T1			T1/Gado			T2/PD/FLAIR			Nombre de lésions		
	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif			
IRM ENCÉPHALIQUE INITIALE <input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE Supratentoriel Infratentoriel				Total <input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____ <input type="radio"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes			Péri-ventriculaires <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ≥ 3			Juxta-corticales <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> ≥ 1		
IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE Cervical Dorsolombaire				Total 0 1 ≥ 2 			Lésion ≥ 3 segments vertébraux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
NERF OPTIQUE D G				Clichés vus <input type="radio"/> Informations CR <input type="radio"/>			Cocher si FLAIR fait : <input type="checkbox"/>					

Potentiels évoqués Date : _____

	Non fait	Normal	Anormal	DROITE	GAUCHE	Non fait	Normal	Anormal
Visuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liquide céphalo-rachidien Date : _____

Leucocytes	<input type="checkbox"/> Non fait Nombre exact : _____ PNN, nombre exact : _____
Biochimie	LCR (mg/l) Sérum (g/l) Protéines totales : _____ Albumine : _____ IgG : _____ Index IgG : _____
Bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Non fait <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Ambigu

Anticorps anti-DNMO Date de prélèvement : _____

Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ?

Oui — Si oui : Résultat : Négatif Positif
 Non Laboratoire : _____
 Technique : IFI / CBA / FIPA / autre / inconnue
 Si autre, préciser : _____

4. HISTORIQUE DES TRAITEMENTS IMMUNOACTIFS

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt	Commentaire
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Désir de grossesse/Grossesse <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		

