Rempli par : Validé par :

	ID	IDENTITÉ DU PATIENT
NOM : Prénom : Nom de jeune fille :		Jour Mois Année Date de naissance:
Addresses Patient	Adresse postale	
Généraliste	Tél./fax Adresse postale Tél./fax	E-mail E-mail
Neurologue	Adresse postale Tél./fax	E-mail
	DC	OONNÉES GÉNÉRALES
Taille (cm):	O Droitier O Gaucher O Ambidextre	Le patient connaît le diagnostic : Non Oui Date du premier examen dans le service : LI
Profession		
Autre(s) cas de s	tient : Ll neau : O Non O O soïde: O Non O O	O Variante de Marburg O Sclérose concentrique de Balo O Maladie de Schilder O Autre, préciser : Rang du patient dans la fratrie : Oui
dans la fai Nombre d'enfants du pa	tient : Garçons L Filles L Total L	Oui Préciser :
Autres maladies	Patient	Famille du patient
☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Autre toxique ☐ ☐ Maladie auto-immun ☐ Hypertension ☐ Migraine ☐ Cancer Autre : ☐ ☐	le handicap ne [[[sterférer avec ap dû à la SEP : Lien de parenté : Maladie :

Nom, prénom: Rempli par: Date de naissance : Validé par : **DONNÉES SOCIO-ECONOMIQUES** Éducation Statut marital ☐ Ecole primaire O Célibataire ☐ Collège, lycée Marié(e) / concubin(e) / PACS ☐ Baccalauréat O Divorcé(e) / séparé(e) □ DEUG, licence, maîtrise O Veuf, veuve ☐ Diplôme de 3e cycle (DEA, doctorat) Statut domestique Statut professionnel O Travail à l'extérieur ☐ Seul Travail à la maison Avec époux(se) / partenaire O Au foyer □ Avec frère ou sœur Étudiant □ Avec enfant(s) O Au chômage (indemnisé) ☐ Avec parent O Sans emploi, à la recherche d'un emploi Avec autre membre de la famille O Sans emploi, ne cherche pas d'emploi Avec ami(e) / compagnon(e) O Invalide, moins de 60 ans ☐ Aide à domicile O Invalide, plus de 60 ans Avec compagnon(e) en relation avec la maladie O Retraité, non invalide, moins de 60 ans ☐ Maison de retraite, médicalisée ou non Retraité, non invalide, plus de 60 ans Durée du travail O Temps plein O Temps partiel Travail adapté **COMMENTAIRES**

Nom, prénom : Rempli par : Date de naissance : Validé par :

ÉPISODES NEUROLOGIQUES SUCCESSIFS					
Phase rémittente			—— Phase progress	sive —	
(A) 1 de relapse (B) Nouvelle poussée	(C) Sar	ou ou ss poussée inaugurale / (D) Avec poussée inaugurale	(E) Poussée	surajoutée
Date de début de l'épisode Jour Mois Année Date et/ou nombre d'épisodes incertains	Début SEP				
Type de l'épisode (cf. classification ci-dessus)		Ш	Ш		
Sémiologie de l'épisode					
Ne sait pas					
Troubles de la marche ou de l'équilibre					
Gêne des membres inférieurs					
Gêne des membres supérieurs					
Tr. sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies)					
Troubles sphinctériens					
Troubles sexuels					
Troubles oculomoteurs					
Atteinte motrice du visage					
Atteinte sensitive du visage					
Vertiges, hypoacousie					
Troubles de la parole ou de la déglutition					
Baisse d'acuité visuelle (NORB)					
Troubles cognitifs					
Troubles psychiatriques					
Symptômes paroxystiques					
Fatigue					
Autre(s)					
Caractéristiques de l'épisode					
Symptômes Nouveaux / Récurrents / Préexistants					
Événement associé Non / Oui	0—0	0—0	0—0	\bigcirc	0—0
Si oui: trauma / stress / infection / vaccination / grossesse	00000	00000	00000	00000	0
Autre, préciser					
Sévérité Minime / Modérée / Forte	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0
Récupération Complète / Incomplète / Nulle	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0
Certitude Possible / Probable / Certaine	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0
Hospitalisation Non / Oui Si oui, durée en jours	0—0	$\bigcirc \longrightarrow$	0—0	0—0	$\bigcirc -\bigcirc$
Traitement Non / Oui corticoïde Si oui, i.v. / i.m. / oral	0-0-0	0-0-0	00	00	0-0-0

c Sc	ore (PM = périmètre de marche) :	e :	Mois	Année
1	Aucune gêne fonctionnelle. Minimes anomalies à l'examen neurologique.	L		
2	Gêne fonctionnelle minime et autre que locomotrice. Peut courir.	<u>L</u>		
3 PM illimité d'une traite, mais ne peut courir ; ou : gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice l				
4	Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite.	<u>L</u>		
5 Marche sans aide ; PM < 500 mètres d'une traite.				
6 <i>P</i>	Marche avec aide unilatérale permanente. PM < 100 mètres d'une traite	<u> </u> _	<u> </u>	
6 E	Marche avec aide bilatérale permanente. PM < 100 mètres d'une traite	<u> </u> _	<u> </u>	
7	Confiné à l'intérieur. Quelques pas à l'aide des murs et meubles. PM < 20 mètres d'une traite	<u> </u> _		
8 Confiné au fauteuil. Incapable de faire un pas. Mouvements utiles des membres supérieurs				
9	Confiné au lit. Totalement dépendant. Pas de mouvement utile des membres supérieurs	├		
10	Décès			

	HISTORIQUE DES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC (dates de première positivité)					
	_		Jour	Mois	Année	
	Céphalique	Critères de Paty		لللا		
		Critères de Barkhof	لللا	\Box		
IRM	Médullaire	Cervical		ш		
		Dorsolombaire	لللا	ш		
	Nouvelle(s) lésion(s)	(selon critères de McDonald)	ш			
LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN (index IgG et/ou bandes oligoclonales)		ш	للا			
		Visuels	للا	لللا		
POTENTIELS ÉVOQUÉS		Auditifs du tronc cérébral	لــلــا			
		Somesthésiques	لــــــا	\Box		
		Moteurs	للا	Ш		

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL						
Ne sait pas / Normal / Anormal	Valeur / Commentaire					
Vitesse de sédimentation des hématies O—O						
Protéine C-réactive						
Anticorps antinucléaires						
Anticorps spécifiques d'organe						
HIV						
Borellia burgdorferi						
HTLV 1 & 2						
VDRL & TPHA						
Acides gras à très longue chaîne						
Lactate/pyruvate O—O						
Enzymes leucocytaires O——————————————————————————————						
Vitamine B12						
Enzyme de conversion de l'angiotensine O——O						

Nom, prénom : Rempli par : Date de naissance : Validé par :

	HISTORIC	UE DES TRAITEME	NTS DE LA SEP	
Nom	Date	Date	Raison de l'arrêt Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance pénérale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave	Commentaire
du médicament	de début Jour Mois Année	d'arrêt Jour Mois Année	Intolerance générale Intolerance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave	
			0000000	