

## IDENTITÉ DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Prénom : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

### Adresses

Patient	Adresse postale	E-mail
	Tél./fax	
Généraliste	Adresse postale	E-mail
	Tél./fax	
Neurologue	Adresse postale	E-mail
	Tél./fax	

## DONNÉES GÉNÉRALES

Taille (cm) : \_\_\_\_\_  Droitier  Gaucher  Ambidextre

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

Le patient connaît le diagnostic :  Non  Oui

Date du premier examen dans le service : \_\_\_\_\_

### Profession

### Forme particulière de SEP

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Aucune                            | <input type="radio"/> Variante de Marburg           |
| <input type="radio"/> Encephalomyélite disséminée aiguë | <input type="radio"/> Sclérose concentrique de Balo |
| <input type="radio"/> Myélite transverse                | <input type="radio"/> Maladie de Schilder           |
| <input type="radio"/> Maladie de Devic                  | <input type="radio"/> Autre, préciser : _____       |

### Famille

Effectif de la fratrie du patient : \_\_\_\_\_ Rang du patient dans la fratrie : \_\_\_\_\_

Le patient est un jumeau :  Non  Oui ..... Préciser :  Monozygote  Dizygote

Le patient est caucasoïde :  Non  Oui .... Si non, préciser : \_\_\_\_\_

Autre(s) cas de SEP dans la famille :  Non  Oui ..... Préciser : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants du patient : Garçons \_\_\_\_\_ Filles \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Lien de parenté : Confirmé par neurologue :

_____	☐
_____	☐
_____	☐
_____	☐

### Autres maladies

#### Patient

#### Famille du patient

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tabac               |   |
| <input type="checkbox"/> Alcool              |   |
| <input type="checkbox"/> Autre toxique _____ | <i>Peut interférer avec le handicap dû à la SEP :</i> |
| <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune | <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Hypertension        | <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Migraine            | <input type="checkbox"/>                              |
| <input type="checkbox"/> Cancer              | <input type="checkbox"/>                              |
| Autre : _____                                | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |

Lien de parenté : _____	Maladie : _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nom, prénom :

Rempli par :

Date de naissance :

Validé par :

## DONNÉES SOCIO-ECONOMIQUES

### Éducation

- Ecole primaire
- Collège, lycée
- Baccalauréat
- DEUG, licence, maîtrise
- Diplôme de 3<sup>e</sup> cycle (DEA, doctorat)

### Statut professionnel

- Travail à l'extérieur
- Travail à la maison
- Au foyer
- Étudiant
- Au chômage (indemnisé)
- Sans emploi, à la recherche d'un emploi
- Sans emploi, ne cherche pas d'emploi
- Invalide, moins de 60 ans
- Invalide, plus de 60 ans
- Retraité, non invalide, moins de 60 ans
- Retraité, non invalide, plus de 60 ans

### Durée du travail

- Temps plein
- Temps partiel
- Travail adapté

### Statut marital

- Célibataire
- Marié(e) / concubin(e) / PACS
- Divorcé(e) / séparé(e)
- Veuf, veuve

### Statut domestique

- Seul
- Avec époux(se) / partenaire
- Avec frère ou sœur
- Avec enfant(s)
- Avec parent
- Avec autre membre de la famille
- Avec ami(e) / compagnon(e)
- Aide à domicile
- Avec compagnon(e) en relation avec la maladie
- Maison de retraite, médicalisée ou non

## COMMENTAIRES



## HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE (EDMUS Grading Scale)

Score (PM = périmètre de marche) :	Date :	Mois	Année
1 Aucune gêne fonctionnelle. Minimales anomalies à l'examen neurologique. ....			
2 Gêne fonctionnelle minimale et autre que locomotrice. Peut courir. ....			
3 PM illimité d'une traite, mais ne peut courir ; ou : gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice. ....			
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite. ....			
5 Marche sans aide ; PM < 500 mètres d'une traite. ....			
6 A Marche avec aide unilatérale permanente. PM < 100 mètres d'une traite. ....			
6 B Marche avec aide bilatérale permanente. PM < 100 mètres d'une traite. ....			
7 Confiné à l'intérieur. Quelques pas à l'aide des murs et meubles. PM < 20 mètres d'une traite. ....			
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 .....			
Dû à la SEP : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non, préciser : .....			
Vérification par pathologiste : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, préciser : .....			

## HISTORIQUE DES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC (dates de première positivité)

		Jour	Mois	Année
<b>I R M</b>	<b>Céphalique</b>			
	<b>Médullaire</b>			
<b>Nouvelle(s) lésion(s)</b> (selon critères de McDonald)				
<b>LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN</b> (index IgG et/ou bandes oligoclonales)				
<b>POTENTIELS ÉVOQUÉS</b>	<b>Visuels</b>			
	<b>Auditifs du tronc cérébral</b>			
	<b>Somesthésiques</b>			
	<b>Moteurs</b>			

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

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

