

ÉVALUATION CLINIQUE

Date de l'examen : *Jour* *Mois* *Année*

- Poussée en cours Participation fonctionnelle
 Pseudo-poussée

Échelles

Ambulation

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite : >500 m 300-500 200-300 100-200 20-100 <20 m

Aide nécessaire : *Unilatérale / bilatérale / chaise roulante / chaise motorisée*

EGS (EDMUS Grading Scale)

EDSS (Kurtzke)

Système fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal	<input type="checkbox"/>	Tronc cérébral	<input type="checkbox"/>
Cérébelleux	<input type="checkbox"/>	Visuel	<input type="checkbox"/>
Sensitif	<input type="checkbox"/>	Cérébral	<input type="checkbox"/>
Sphincters	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Échelles MSFC

Temps de marche 25 pieds	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-HPT, main dominante	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-HPT, autre main	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PASAT	(3 sec / 2 sec)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Symptômes & Signes

Moteur

- Troubles de la marche
 Gêne des membres inférieurs
 Gêne des membres supérieurs

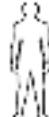
Marche / Équilibre

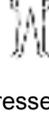
<input type="checkbox"/> Troubles de la marche	<i>Aucune / Minimale / Modérée / Sévère</i>	<input type="checkbox"/> Marche ataxique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère</i>
<input type="checkbox"/> Chutes		<input type="checkbox"/> Marche spastique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Marche en ligne droite
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> Test de Romberg
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[DROITE]

[GAUCHE]

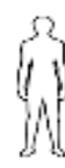
Faiblesse





Force

Déficit : *Aucun / Minimale / Modérée / Sévère*

Épaul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hanche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cheville / Orteils	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

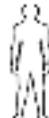
*British Medical Research Council scale (BMRC)
5 / 4 / 3 / ≤ 2*

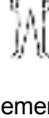
Réflexes

Absent / Réduit / Normal / Exagéré

Bicipital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tricipital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Styloradial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rotulien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Achilléen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Clonus du pied	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Babinski	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Maladresse





Coordination

Atteinte : *Aucune / Minimale / Modérée / Sévère*

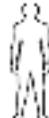
Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

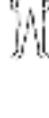
Spasticité

Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Tremblement





ÉVALUATION CLINIQUE (suite)

Sensitif

[DROITE]

Signe de Lhermitte

[GAUCHE]

Paresthésies



Dysesthésies



Douleur



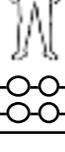
Toucher

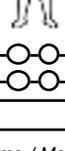
Atteinte : **Aucune / Minime / Modérée / Sévère**

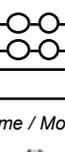
Bras   

Avant-bras   

Main / Doigts   

Cuisse   

Jambe   

Pied / Orteils   

Tronc (haut) 

Tronc (bas) 

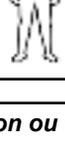
Vibration

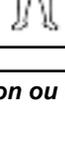
Atteinte : **Aucune / Minime / Modérée / Sévère**

Épaule   

Coude   

Poignet / Doigts   

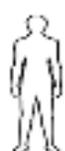
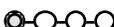
Hanche   

Genou   

Cheville / Orteils   

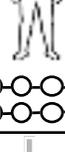
Piqûre / Température

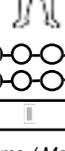
Atteinte : **Aucune / Minime / Modérée / Sévère**

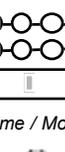
Bras   

Avant-bras   

Main / Doigts   

Cuisse   

Jambe   

Pied / Orteils   

Tronc (haut) 

Tronc (bas) 

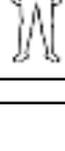
Position

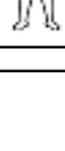
Atteinte : **Aucune / Minime / Modérée / Sévère**

Épaule   

Coude   

Poignet / Doigts   

Hanche   

Genou   

Cheville / Orteils   

Sphincters

- Troubles de la miction ou de la défécation
 Troubles sexuels

Miction

Pollakiurie  **Aucune / Modérée / Sévère**

Miction impérieuse  **Aucune / Modérée / Severe**

Incontinence  **Aucune / Rare / Fréquente (> 1/sem.)**

Dysurie  **Aucune / Modérée / Sévère**

Rétention  **Aucune / Modérée / Sévère**

Cathétérisation  **Aucune / Intermittent / Constante**
(≥ 3/jour)

Résidu postmictionnel (ml)

Infection urinaire

Défécation

Constipation  **Symptomatique**
 **Requérant traitement**

Diarrhée

Incontinence

Sexuel

Troubles de l'érection/l'éjaculation Perte de la libido

Tronc cérébral

Oculomoteur

- Diplopie
- Oscillopsie
- Ophthalmoplégie internucléaire :
 Partielle
 Complète
- Paralysie d'un nerf oculo-moteur
- Parésie du regard

Mouvements oculaires affectés

Droite Gauche

Vestibulaire / Cochléaire

- Vertiges Droite Gauche
- Hypoacousie :
- Nystagmus

Regard affecté

Up

Right Left ≥ 30°

Down

Atteinte motrice du visage

- Paralysie faciale
- Hémispasme
- Myokymie

Territoire affecté



Droite Gauche

Atteinte sensitive du visage

- Paresthésie du V : Droite Gauche
- Névralgie du V :
- Douleur atypique :

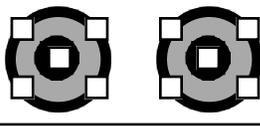
- Hypoesthésie du V :  
- Aucune / Minime / Modérée / Sévère

Atteinte bulbaire

- Trouble de la parole :  **Aucun / Minime / Modéré / Sévère**
- Trouble de la déglutition :  **Aucun / Minime / Modéré / Sévère**

ÉVALUATION CLINIQUE (suite)

Névrite optique

		Droite	Gauche	
	Acuité visuelle (corrigée) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Atteinte du champ visuel			
<input type="checkbox"/> Baisse d'acuité visuelle :	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche			
<input type="checkbox"/> Douleur oculaire :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Dyschromatopsie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Scotome	<input type="checkbox"/> Quadrantopsie	<input type="checkbox"/> Hémianopsie
	<input type="checkbox"/> Pâleur papillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Troubles cognitifs

Altération mentale : Aucune Minime Modérée Sévère

<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Attention	<input type="text"/>

Troubles psychiatriques

Altération de l'humeur — Dépression Euphorie

Délires

Hallucinations

Autre(s), préciser :

Autres

Signe de Uhthoff

<input type="checkbox"/> À la chaleur, préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Amyotrophie
<input type="checkbox"/> À l'effort, préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Céphalée	<input type="checkbox"/> Extrapyrimal
	<input type="checkbox"/> Syndromes lobaires cérébraux	<input type="checkbox"/> Aphasie
	<input type="checkbox"/> Horner	
<input type="checkbox"/> Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/> Épilepsie, préciser : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Spasmes	<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>		

COMMENTAIRES

ÉVALUATION PARACLINIQUE

		Date : 			
IRM		Jour	Mois	Année	
		T1	T1/Gado	T2/PD/FLAIR(*)	Nombre de lésions T2/PD/FLAIR
		Non fait Négaif Positif	Non fait Négaif Positif	Non fait Négaif Positif	Total Péri-ventriculaires Juxta-corticales
CÉRÉBRALE	Supratentorial				<p><input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><input type="radio"/> ≥ 9</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions confluentes</p>
	Infratentorial				
MÉDULLAIRE	Cervical				<p><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> ≥ 2</p> <p>(*) Cocher cette case si le FLAIR a été fait : <input type="checkbox"/></p>
	Dorsolombaire				
NERF OPTIQUE					
COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE					
• Nouvelle(s) lésion(s) : <input type="checkbox"/>			• Globale : <input type="checkbox"/> Sans changement, ou <input type="checkbox"/> Amélioration		
			<input type="checkbox"/> Aggravation		
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE SEP					
<input type="checkbox"/> Paty			<input type="checkbox"/> Barkhof		

		Date : 			
		Non fait Normal Anormal			Non fait Normal Anormal
VISUELS					
AUDITIFS DU TRONC CÉRÉBRAL					
SOMESTHÉSIIQUES	Membres supérieurs				
	Membres inférieurs				
MOTEURS	Membres supérieurs				
	Membres inférieurs				
		DROITE		GAUCHE	

		Date : 		
LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN				
Leucocytes	<input type="radio"/> Non fait	<input type="radio"/> < 2 / mm ³	<input type="radio"/> ≥ 2 / mm ³ , nombre exact : <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Biochimie		LCR (mg/l)	Sérum (g/l)	
	Protéines totales	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	
	Albumine	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	
	IgG	<input style="width: 60px;" type="text"/>	<input style="width: 60px;" type="text"/>	Index IgG : <input style="width: 30px;" type="text"/>
Bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Ambigu

ÉVALUATION PARACLINIQUE (IRM, suite)

Nombre & volume des lésions

Date :

	Bas signal T1			T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR			
			Confluentes étendues			Lésions confluentes			Confluentes étendues	
		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm	<= 5mm
CÉRÉBRAL										
Supratentoriel										
Infratentoriel										
Volume										

Épaisseur (mm): Technique de détermination du volume :

	T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR		
			Multi-segments			Multi-segments
		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm
MÉDULLAIRE						
Cervical						
Dorsolombaire						

Comparaison

Date :

	Bas signal T1			T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR			
			Plus petites indétectables			Plus petites indétectables			Plus petites indétectables	
		Nouvelles	Plus grandes		Nouvelles	Plus grandes		Nouvelles	Plus grandes	Nouvelles
CÉRÉBRAL										
Supratentoriel										
Infratentoriel										
MÉDULLAIRE										
Cervical										
Dorsolombaire										

Atrophie, techniques non conventionnelles

Date :

Atrophie

CÉRÉBRAL	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Volume (mm ³): Fraction parenchymateuse cérébrale: Localisation:
MÉDULLAIRE	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Aire (mm ²): Méthode: Niveau:

Techniques non conventionnelles

Imagerie par transfert magnétique (MTI) <small>(Magnetization Transfer Imaging)</small>	Method:	Average MTR:
Spectroscopie	Method:	Average NAA:
Imagerie de diffusion (DWI) <small>(Diffusion Weighted Imaging)</small>	Method:	Average DC: Average NA:

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION DU TRAITEMENT

Date: Jour Mois Année

Pas de traitement à cette date

TRAITEMENTS DE FOND

Nom du médicament	Posologie			Statut <i>Début / En cours / Arrêté</i>	Si arrêt, préciser cause <small> Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre(s) </small>
	Voie <i>po / sc / im / iv</i>	Dose par prise	Fréquence		
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□

Surveillance clinique			Surveillance paraclinique	
				Normal / Anormal
Réactions au point d'injection	<i>Douleur</i>	<input type="checkbox"/>	Hématies	○—○
	<i>Inflammation</i>	<input type="checkbox"/>	Hémoglobine	○—○
	<i>Hypersensibilité</i>	<input type="checkbox"/>	Leucocytes	○—○
	<i>Nécrose</i>	<input type="checkbox"/>	Neutrophiles	○—○
Effets généraux	<i>Asthénie</i>	<input type="checkbox"/>	Lymphocytes	○—○
	<i>Céphalée</i>	<input type="checkbox"/>	Plaquettes	○—○
	<i>Malaise</i>	<input type="checkbox"/>	SGOT / SGPT	○—○
	<i>Bouffées de chaleur</i>	<input type="checkbox"/>	Créatinine	○—○
Syndrome pseudo-grippal	<i>Courbatures</i>	<input type="checkbox"/>	Acide urique	○—○
	<i>Fièvre</i>	<input type="checkbox"/>	Marqueurs de l'inflammation	○—○
	<i>Frissons</i>	<input type="checkbox"/>	Hématurie	○—○
	<i>Sueurs</i>	<input type="checkbox"/>	Protéinurie	○—○
Réactions d'hypersensibilité	<i>Bronchospasme</i>	<input type="checkbox"/>	Électrocardiogramme	○—○
	<i>Œdème généralisé</i>	<input type="checkbox"/>	Échocardiogramme	○—○
	<i>Choc anaphylactique</i>	<input type="checkbox"/>	Radiographie pulmonaire	○—○
	<i>Rash</i>	<input type="checkbox"/>	Tests fonctionnels respiratoires	○—○
Troubles neuro-psychiatriques	<i>Anxiété</i>	<input type="checkbox"/>	Autre(s), préciser :	
	<i>Confusion</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Convulsions</i>	<input type="checkbox"/>	Commentaires	
	<i>Syndrome dépressif</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Idées suicidaires</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles digestifs	<i>Constipation</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Diarrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Douleur abdominale</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Vomissements</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles cardio-respiratoires	<i>Dyspnée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Laryngite</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oppression thoracique</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Palpitations</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Tachycardie</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la menstruation	<i>Cycles irréguliers</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Ménométrorragies</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oligoménorrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
Autre(s), préciser :				

ÉVALUATION DU TRAITEMENT (suite)

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.v.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.m.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, p.o.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
	Autre, préciser	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS NON LIÉS À LA SEP

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	