

IDENTITÉ DU PATIENT			
NOM : _____		Date de naissance : _____	<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> _____
Prénom : _____		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Nom de jeune fille : _____		<b>Adresse</b>	
Tél./fax : _____		E-mail : _____	
		Dépt/code postal : _____	

ANTÉCÉDENTS & DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES			
Taille (cm) : _____	<input type="radio"/> Droitier	Le patient connaît le diagnostic :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Poids (kg) : _____	<input type="radio"/> Gaucher	Date du premier examen dans le service :	<i>Jour</i> <i>Mois</i> <i>Année</i> _____
	<input type="radio"/> Ambidextre		

Statut social	Activité	Profession
<input type="radio"/> Vit seul <input type="radio"/> Vit avec conjoint partenaire <input type="radio"/> Vit avec autre membre de la famille <input type="radio"/> Vit en institution	<input type="radio"/> Actif temps plein (dont étudiants) <input type="radio"/> Actif temps partiel <input type="radio"/> Inactif du fait de sa maladie <input type="radio"/> Mère au foyer <input type="radio"/> Autres (enfant, retraité, recherche d'emploi)	

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

Famille			
Effectif de la fratrie du patient : _____		Rang du patient dans la fratrie : _____	
Le patient est un jumeau : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	..... Préciser :	<input type="radio"/> Monozygote <input type="radio"/> Dizygote	
Le patient est caucasoïde : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	.... Si non, préciser :	_____	
Autre(s) cas de SEP dans la famille : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	..... Préciser :	_____	<i>Confirmé par neurologue :</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre d'enfants du patient : Garçons : _____ Filles : _____ Total : _____		<i>Lien de parenté :</i> _____ _____ _____ _____ _____	

Autres maladies <i>Patient</i>	Famille du patient
<input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Autre toxique: _____ <input type="checkbox"/> Alcool    _____ <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 : _____ _____ _____	<i>Peut interférer avec le handicap dû à la SEP :</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>Lien de parenté :</i> <i>Maladie :</i> _____ _____ _____ _____ _____

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 minime 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. ....		□□	□□□□
6A Marche avec aide unilatérale permanente. PM < 100 mètres d'une traite. ....		□□	□□□□
6B 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>	<i>Critères de Paty Critères de Barkhof</i>	□□	□□	□□□□
	<b>Médullaire</b>	<i>Cervical Dorsolombaire</i>	□□	□□	□□□□
	<b>Nouvelle(s) lésion(s)</b>	(selon critères de McDonald)	□□	□□	□□□□
<b>LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN</b>			<i>(index IgG et/ou bandes oligoclonales)</i>		
<b>POTENTIELS ÉVOQUÉS</b>			<i>Visuels</i>		
			<i>Auditifs du tronc cérébral</i>		
			<i>Somesthésiques</i>		
			<i>Moteurs</i>		
			□□	□□	□□□□
			□□	□□	□□□□
			□□	□□	□□□□
			□□	□□	□□□□

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

	Ne sait pas / Normal / Anormal	Valeur / Commentaire
Vitesse de sédimentation des hématies .....	○—○—○	.....
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 .....	○—○—○	.....
Enzymes leucocytaires .....	○—○—○	.....
Vitamine B12 .....	○—○—○	.....
Enzyme de conversion de l'angiotensine .....	○—○—○	.....

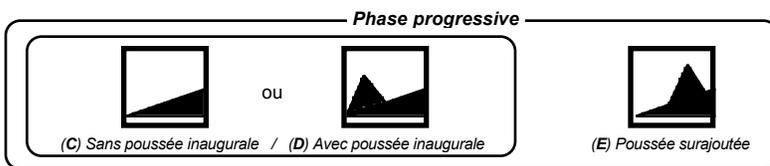
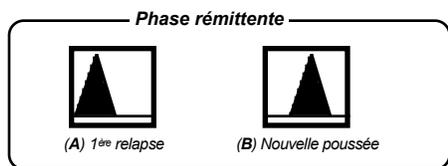
## HISTORIQUE DES TRAITEMENTS DE LA SEP

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Arrêt programmé	Absence d'efficacité	Raison de l'arrêt Commentaires
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique	Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre(s)	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	
	□□	□□	□□□□	□□	□□	□□□□	□□□□	□□□□	

Nom, prénom :  
Date de naissance :

Rempli par :  
Validé par :

## ÉPISODES NEUROLOGIQUES SUCCESSIFS

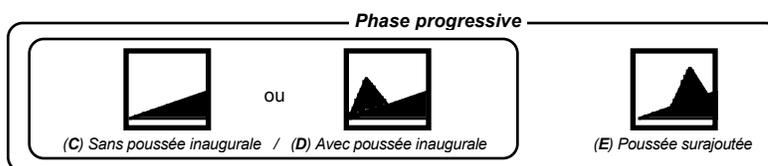
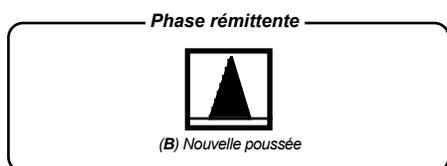


		<b>Début SEP</b>				
Date de début de l'épisode	Jour	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date et/ou nombre d'épisodes incertains		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Type de l'épisode	(cf. classification ci-dessus)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sémiologie de l'épisode					
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>				
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"/>				
Tr. 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"/>				
Baisse d'acuité visuelle (NORB)	<input type="checkbox"/>				
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>				
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>				
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>				
Fatigue	<input type="checkbox"/>				
Autre(s)	<input type="checkbox"/>				

Caractéristiques de l'épisode									
Symptômes	Nouveaux / Récurrents / Préexistants	<input type="checkbox"/>							
Événement associé	Non / Oui	<input type="checkbox"/>							
	Si oui: trauma / stress / infection / vaccination / grossesse Autre, préciser	<input type="text"/>							
Sévérité	Minime / Modérée / Forte	<input type="checkbox"/>							
Récupération	Complète / Incomplète / Nulle	<input type="checkbox"/>							
Certitude	Possible / Probable / Certaine	<input type="checkbox"/>							
Hospitalisation	Non / Oui	<input type="checkbox"/>							
	Si oui, durée en jours	<input type="text"/>							
Traitement corticoïde	Non / Oui	<input type="checkbox"/>							
	Si oui, i.v. / i.m. / oral	<input type="text"/>							

## ÉPISODES NEUROLOGIQUES SUCCESSIFS (suite)



<b>Date de début de l'épisode</b>  <i>Date et/ou nombre d'épisodes incertains</i>  <b>Type de l'épisode</b> (cf. classification ci-dessus)	<i>Jour</i>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	<i>Mois</i>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
	<i>Année</i>	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
	<i>Date et/ou nombre d'épisodes incertains</i>	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
<b>Type de l'épisode</b>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	

<b>Sémiologie de l'épisode</b>					
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)	□	□	□	□	□

<b>Caractéristiques de l'épisode</b>						
Symptômes	<i>Nouveaux / Récurrents / Préexistants</i>	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
Événement associé	<i>Non / Oui</i>	○—○	○—○	○—○	○—○	○—○
	<i>Si oui: trauma / stress / infection / vaccination / grossesse</i>	○—○—○—○—○	○—○—○—○—○	○—○—○—○—○	○—○—○—○—○	○—○—○—○—○
	<i>Autre, préciser</i>	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _
Sévérité	<i>Minime / Modérée / Forte</i>	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○
Récupération	<i>Complète / Incomplète / Nulle</i>	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○
Certitude	<i>Possible / Probable / Certaine</i>	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○
Hospitalisation	<i>Non / Oui</i>	○—○	○—○	○—○	○—○	○—○
	<i>Si oui, durée en jours</i>	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _
Traitement corticoïde	<i>Non / Oui</i>	○—○	○—○	○—○	○—○	○—○
	<i>Si oui, i.v. / i.m. / oral</i>	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○	○—○—○