

Nom, prénom :  
Date de naissance :

Rempli par :  
Validé par :

## ÉVALUATION CLINIQUE

Date de l'examen :             /             /            

Poussée en cours                       Participation fonctionnelle  
 Pseudo-exacerbation

### Échelles

**Ambulation**

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite :  Illimité     >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)**      

**Systèmes 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)	<u>  </u>   <u>  </u>
9-HPT, main dominante	(test 1 / test 2)	<u>  </u>   <u>  </u>
9-HPT, autre main	(test 1 / test 2)	<u>  </u>   <u>  </u>
PASAT	(3 sec / 2 sec)	<u>  </u>   <u>  </u>

### Symptômes & Signes

<b>Moteur</b>	<input type="checkbox"/> <b>Troubles de la marche</b> <input type="checkbox"/> <b>Gêne des membres inférieurs</b> <input type="checkbox"/> <b>Gêne des membres supérieurs</b>	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Spasticité	<input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> Maladresse <input type="checkbox"/> Tremblement
<b>Sensitif</b>		<input type="checkbox"/> Signe de Lhermitte <input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Paresthésies <input type="checkbox"/> Dysesthésies
<b>Sphincters</b>	<input type="checkbox"/> <b>Troubles de la miction ou de la défécation</b> <input type="checkbox"/> <b>Troubles sexuels</b>		
<b>Tronc cérébral</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oculomoteur</b>	<input type="checkbox"/> Diplopie <input type="checkbox"/> Oscillopsie	<input type="checkbox"/> Ophthalmoplégie internucléaire <input type="checkbox"/> Paralyse d'un nerf oculo-moteur <input type="checkbox"/> Parésie du regard
	<input type="checkbox"/> <b>Vestibulaire / Cochléaire</b>	<input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Hypoacousie	<input type="checkbox"/> Nystagmus
	<input type="checkbox"/> <b>Atteinte motrice du visage</b>	<input type="checkbox"/> Paralyse faciale <input type="checkbox"/> Hémispasme	<input type="checkbox"/> Myokymie
	<input type="checkbox"/> <b>Atteinte sensitive du visage</b>	<input type="checkbox"/> Paresthésie du V <input type="checkbox"/> Névralgie du V	<input type="checkbox"/> Hypoesthésie du V <input type="checkbox"/> Douleur atypique
	<input type="checkbox"/> <b>Atteinte bulbaire</b>	<input type="checkbox"/> Trouble de la parole	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition
<b>Névrite optique</b>		<input type="checkbox"/> Baisse d'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Douleur oculaire	<input type="checkbox"/> Dyschromatopsie
<b>Troubles cognitifs</b>			
<b>Troubles psychiatriques</b>		<input type="checkbox"/> Altération de l'humeur <input type="checkbox"/> Délires <input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Euphorie
<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> Signe de Uhthoff <input type="checkbox"/> À la chaleur <input type="checkbox"/> À l'effort <input type="checkbox"/> Symptômes paroxystiques <input type="checkbox"/> Spasmes <input type="checkbox"/> Autre(s)	<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Céphalée <input type="checkbox"/> Horner <input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Amyotrophie <input type="checkbox"/> Extrapyramidal <input type="checkbox"/> Aphasie <input type="checkbox"/> Syndromes lobaires cérébraux <input type="checkbox"/> Autre(s)

### Événement indésirable grave - GROUPE CONTRÔLE TYSEDMUS - Non exposé au Natalizumab

Depuis la dernière visite ou précédemment :     Ne sait pas     Non     Oui

Si oui, précisez : (et remplissez la fiche détaillée TYSEDMUS)

LEMP                       Infection virale, bactérienne ou fongique  
 Cancer                     Infection opportuniste

# ÉVALUATION PARACLINIQUE

**IRM** Date :    /    /

	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	
<b>CÉRÉBRALE</b>	Supratentoriel										○ < 9, préciser nbre exact : <input type="text"/> ○ ≥ 9 □ Lésions confluentes	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ ≥ 3	○ 0 ○ ≥ 1
	Infratentoriel												
<b>MÉDULLAIRE</b>	Cervical										○ 0 ○ 1 ○ ≥ 2	(*) Cocher cette case si le FLAIR a été fait : <input type="checkbox"/>	
	Dorsolombaire												
<b>NERF OPTIQUE</b>													

**COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE**

• Nouvelle(s) lésion(s) :    • Globale :  Sans changement, ou  Amélioration  Aggravation

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE SEP**  Paty  Barkhof

**POTENTIELS ÉVOQUÉS** Date :    /    /

		Non fait	Normal	Anormal		Non fait	Normal	Anormal
<b>VISUELS</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>AUDITIFS DU TRONC CÉRÉBRAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOMESTHÉSIIQUES</b>	Membres supérieurs	<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"/>
<b>MOTEURS</b>	Membres supérieurs	<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"/>
				DROITE		GAUCHE		

**LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN** Date :    /    /

<b>Leucocytes</b>	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> < 2 / mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> ≥ 2 / mm <sup>3</sup> , nombre exact : <input type="text"/>
<b>Biochimie</b>	Protéines totales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Albumine	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	IgG	<input type="text"/>	Index IgG : <input type="text"/>
<b>Bandes oligoclonales</b>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ambigu