

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION CLINIQUE

Date de l'examen : Jour Mois Année

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)	<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

<input type="checkbox"/> Moteur	<input type="checkbox"/> Troubles de la marche <input type="checkbox"/> Gêne des membres inférieurs <input type="checkbox"/> Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Chutes <input type="checkbox"/> Spasticité	<input type="checkbox"/> Faiblesse <input type="checkbox"/> Maladresse <input type="checkbox"/> Tremblement
<input type="checkbox"/> Sensitif		<input type="checkbox"/> Signe de Lhermitte <input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Paresthésies <input type="checkbox"/> Dysesthésies
<input type="checkbox"/> Sphincters	<input type="checkbox"/> Troubles de la miction ou de la défécation <input type="checkbox"/> Troubles sexuels		
<input type="checkbox"/> Tronc cérébral	<input type="checkbox"/> Oculomoteur	<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"/> Vestibulaire / Cochléaire	<input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Hypoacousie	<input type="checkbox"/> Nystagmus
	<input type="checkbox"/> Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/> Paralyse faciale <input type="checkbox"/> Hémispasme	<input type="checkbox"/> Myokymie
	<input type="checkbox"/> Atteinte sensitive du visage	<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"/> Atteinte bulbaire	<input type="checkbox"/> Trouble de la parole	<input type="checkbox"/> Trouble de la déglutition
<input type="checkbox"/> Névrite optique		<input type="checkbox"/> Baisse d'acuité visuelle <input type="checkbox"/> Douleur oculaire	<input type="checkbox"/> Dyschromatopsie
<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs			
<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques		<input type="checkbox"/> Altération de l'humeur <input type="checkbox"/> Délires <input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Euphorie
<input type="checkbox"/> Autres	<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	
CÉRÉBRALE	Supratentoriel										○ < 9, préciser nbre exact : <input type="text"/> ○ ≥ 9 □ Lésions confluentes	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ ≥ 3	○ 0 ○ ≥ 1
	Infratentoriel												
MÉDULLAIRE	Cervical										○ 0 ○ 1 ○ ≥ 2	(*) Cocher cette case si le FLAIR a été fait : <input type="checkbox"/>	
	Dorsolombaire												
NERF OPTIQUE													

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
VISUELS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUDITIFS DU TRONC CÉRÉBRAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOMESTHÉSIIQUES	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"/>
MOTEURS	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 : / /

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