

Nom, prénom :

Rempli par :

Date de naissance :

Validé par :

ÉPISODES NEUROLOGIQUES SUCCESSIFS

Phase rémittente



A
1^{ère} poussée



B
Nouvelle poussée

Phase progressive



C
Avec / Sans
poussée inaugurale



D
Avec / Sans
poussée inaugurale



E
Poussée surajoutée

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

Sémiologie de l'épisode					
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêne des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr. sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles oculomoteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte sensitive du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la parole ou de la déglutition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baisse d'acuité visuelle (NORB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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