

## IDENTITÉ DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Prénom : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

### Adresses

Patient	Adresse postale	Tél./fax	E-mail
Généraliste	Adresse postale	Tél./fax	E-mail
Neurologue	Adresse postale	Tél./fax	E-mail

## DONNÉES GÉNÉRALES

Taille (cm) : \_\_\_\_\_  Droitier  Gaucher  Ambidextre

Poids (kg) : \_\_\_\_\_

Le patient connaît le diagnostic :  Non  Oui

Date du premier examen dans le service : \_\_\_\_\_

### Profession

### Forme particulière de SEP

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

### Famille

Effectif de la fratrie du patient : \_\_\_\_\_ Rang du patient dans la fratrie : \_\_\_\_\_

Le patient est un jumeau :  Non  Oui ..... Préciser :  Monozygote  Dizygote

Le patient est caucasoïde :  Non  Oui .... Si non, préciser : \_\_\_\_\_

Autre(s) cas de SEP dans la famille :  Non  Oui ..... Préciser : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants du patient : Garçons \_\_\_\_\_ Filles \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

Lien de parenté : Confirmé par neurologue :

_____	□
_____	□
_____	□
_____	□

### Autres maladies

#### Patient

#### Famille du patient

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tabac               |   |
| <input type="checkbox"/> Alcool              |   |
| <input type="checkbox"/> Autre toxique _____ | <i>Peut interférer avec le handicap dû à la SEP :</i> |
| <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 : _____                                | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |
| _____  | <input type="checkbox"/>                              |

Lien de parenté : _____	Maladie : _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____