

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION PARACLINIQUE

IRM		Date :			<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> Jour Mois Année </div>		
		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	Supratentorial				○ < 9, préciser nbre exact : <input style="width: 20px;" type="text"/> ○ ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	○ 0 ○ 1 ○ 2 ○ ≥ 3	○ 0 ○ ≥ 1
	Infratentorial						
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): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				• Globale : <input type="checkbox"/> Sans changement, ou <input type="checkbox"/> Amélioration <input type="checkbox"/> Aggravation			
SUGGÈRE FORTEMENT UNE SEP							
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="checkbox"/> Paty <input type="checkbox"/> Barkhof							