

Nom, prénom :

Rempli par :

Date de naissance :

Validé par :

Jour

Mois

Année

**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 <input type="checkbox"/> 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												