

# ANTICORPS ANTI-DEVIC (ANTI-AQUAPORINE 4)

Date de première visite :          
Jour Mois Année

<b>IDENTITÉ DU PATIENT</b>	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
	Nom de naissance : <input style="width: 90%;" type="text"/>	

<b>IDENTITÉ DU MÉDECIN</b>	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tél. / fax : <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-mail : <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Adresse postale : <input style="width: 90%;" type="text"/>	

**Antécédents du patient**

Le patient est caucasioïde :     Oui     Non    ... Si non, préciser :

Maladie auto-immune :         Non     Oui    ... Si oui, préciser :

Tumeur :                             Non     Oui    ... Si oui, préciser :

## 1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

	<b>Phase rémittente</b> <b>A</b> <small>1<sup>ère</sup> poussée</small> <b>B</b> <small>Nouvelle poussée</small>	<b>Phase progressive</b> <b>C</b> <small>Sans poussée inaugurale</small> <b>D</b> <small>Avec poussée inaugurale</small> <b>E</b> <small>Poussée surajoutée</small>			
	<b>Début maladie</b>				
Date de début de l'épisode :	Jour / Mois	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	Année	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sémiologie de l'épisode</b>					
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"/>
Troubles 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"/>
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) : si oui, préciser	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Syndrome clinique</b>					
MYÉLITE TRANSVERSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Extensive / Non extensive</i>	<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"/>
NÉVRITE OPTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale</i>	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AUTRE : si oui, préciser	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>Caractéristiques de l'épisode</b>					
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Score visuel maximal (Échelle visuelle) <span style="float: right;">OD/OG</span>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
Récupération <span style="float: right;"><i>Complète / Incomplète / Nulle</i></span>	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Traitement corticoïde <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<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"/>
<i>Si oui : i.v. / i.m. / oral</i>	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Échanges plasmatiques <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<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"/>
Immunoglobulines i.v. <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<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"/>
Immunosuppresseur <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<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"/>
<i>Si oui, préciser</i>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

## 2. HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE

Handicap moteur (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	Handicap visuel			
		OD	OG	
	<i>Mois</i>	<i>Année</i>	<i>Année</i>	<i>Année</i>
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
10 Décès	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
				(Score visuel d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk et al., 1999)

### 3. HISTORIQUE PARACLINIQUE

IRM		Date : _____							
	T1	T1/Gado	T2/PD/FLAIR	Nombre de lésions					
	Non fait Négaif Positif	Non fait Négaif Positif	Non fait Négaif Positif						
<b>IRM ENCÉPHALIQUE INITIALE</b> <input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE  Supratentorial Infratentorial				Total <input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____ <input type="radio"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	Péri-ventriculaires <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ≥ 3	Juxta-corticales <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> ≥ 1			
<b>IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE</b> Cervical Dorsolombaire				Total 0 1 ≥ 2 	Lésion ≥ 3 segments vertébraux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<b>NERF OPTIQUE</b> D G			Clichés vus <input type="radio"/> Informations CR <input type="radio"/>						
<b>Potentiels évoqués</b>		Date : _____							
	Non fait	Normal	Anormal	DROITE	GAUCHE	Non fait	Normal	Anormal	
Visuels									
<b>Liquide céphalo-rachidien</b>		Date : _____							
Leucocytes	<input type="checkbox"/> Non fait	Nombre exact : _____		PNN, nombre exact : _____					
Biochimie	Protéines totales : _____		LCR (mg/l)		Sérum (g/l)				
	Albumine : _____								
	IgG : _____				Index IgG : _____				
Bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Non fait	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Ambigu					
<b>Anticorps anti-DNMO</b>		Date de prélèvement : _____							
Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ? <input type="radio"/> Oui — Si oui : _____ <input type="radio"/> Non		Laboratoire : _____		Résultat : <input type="radio"/> Négatif <input type="radio"/> Positif					
		Technique : IFI / CBA / FIPA / autre / inconnue <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>							
		Si autre, préciser : _____							

### 4. HISTORIQUE DES TRAITEMENTS IMMUNOACTIFS

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt	Commentaire
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		
							Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Désir de grossesse/Grossesse Autre(s)	
							<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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	
							<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"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	