

**DONNÉES PERSONNELLES**

NOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année  
 Prénom : \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Département de résidence : \_\_\_\_\_

**Statut social**

- Vit seul  
 Vit avec conjoint partenaire  
 Vit avec autre membre de la famille  
 Vit en institution

**Activité**

- Actif temps plein (dont étudiants)  
 Actif temps partiel  
 Inactif du fait de sa maladie  
 Mère au foyer  
 Autres (enfant, retraité, recherche d'emploi)

**HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES SUCCESSIFS****Phase rémittente**(A) 1<sup>er</sup> relapse

(B) Nouvelle poussée

**Phase progressive**

(C) Sans poussée inaugurale / (D) Avec poussée inaugurale



(E) Poussée surajoutée

Date de début de l'épisode	Mois	Début SEP				
		Année				
		_____	_____	_____	_____	_____
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**

Hospitalisation	Non / Oui	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>
Traitement	Non / Oui	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/>
corticoïde	Si oui, i.v. / i.m. / oral	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>	<input type="radio"/> — <input type="radio"/> — <input type="radio"/>

## HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE (EDMUS Grading Scale)

Score (PM = périmètre de marche) :

Date :      Mois      Année

3	PM illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice. ...	Date	Mois	Année
4	Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite. ....			
6	Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite. ....			
7	Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite. ....			
8	Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs. ....			
10	Décès .....			

## HISTORIQUE DES ÉVALUATIONS CLINIQUES

Date de l'examen			EDSS (Kurtzke)	EGS (EDMUS Grading Scale)
Jour	Mois	Année		

## HISTORIQUE DES CRITÈRES DE DIAGNOSTIC (dates de première positivité)

			Année
<b>IRM</b>	Céphalique	Critères de Paty Critères de Barkhof	
	Médullaire	Cervical Dorso-lombaire	
LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN <i>(index IgG augmenté et/ou bandes oligoclonales)</i>			
POTENTIELS ÉVOQUÉS <i>Visuels</i>			

## HISTORIQUE DES TRAITEMENTS DE LA SEP

Nom du médicament	Date de début			En cours			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	
										Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre(s)