

ÉVALUATION CLINIQUE

Date de l'examen : *Jour* *Mois* *Année*

- Poussée en cours Participation fonctionnelle
 Pseudo-poussée

Échelles

Ambulation

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite :

Illimité >500 m 300-500 200-300 100-200 20-100 <20 m

Aide nécessaire : *Unilatérale / bilatérale / chaise roulante / chaise motorisée*

EGS (EDMUS Grading Scale)

EDSS (Kurtzke)

Système fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal	<input type="checkbox"/>	Tronc cérébral	<input type="checkbox"/>
Cérébelleux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Visuel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sensitif	<input type="checkbox"/>	Cérébral	<input type="checkbox"/>
Sphincters	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

Échelles MSFC

Temps de marche 25 pieds	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9-HPT, main dominante	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9-HPT, autre main	(test 1 / test 2)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PASAT	(3 sec / 2 sec)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Symptômes & Signes

Moteur

- Troubles de la marche**
 Gêne des membres inférieurs
 Gêne des membres supérieurs


Marche / Équilibre


<input type="checkbox"/> Troubles de la marche	<i>Aucune / Minimale / Modérée / Sévère</i>	<input type="checkbox"/> Marche ataxique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère</i>
<input type="checkbox"/> Chutes		<input type="checkbox"/> Marche spastique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Marche en ligne droite
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> Test de Romberg
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[DROITE]


[GAUCHE]


Faiblesse







Maladresse






Tremblement





Force


Déficit : *Aucun / Minimale / Modérée / Sévère*

Épaul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poignet / Doigts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hanche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cheville / Orteils	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

British Medical Research Council scale (BMRC)
5 / 4 / 3 / ≤ 2


Coordination

Atteinte : *Aucune / Minimale / Modérée / Sévère*

Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>


Réflexes

Absent / Réduit / Normal / Exagéré

Bicipital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tricipital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Styloradial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rotulien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Achilléen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Clonus du pied	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Babinski	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Spasticité

Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ÉVALUATION CLINIQUE (suite)

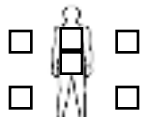
Sensitif

[DROITE]

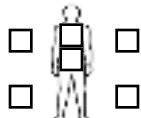
Signe de Lhermitte

[GAUCHE]

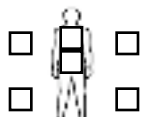
Paresthésies



Dysesthésies

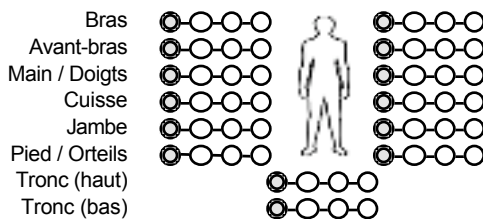


Douleur



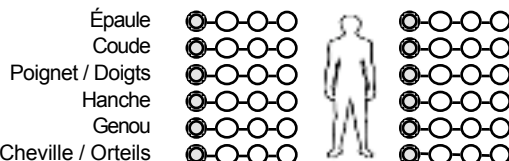
Toucher

Atteinte : **Aucune** / Minime / Modérée / Sévère



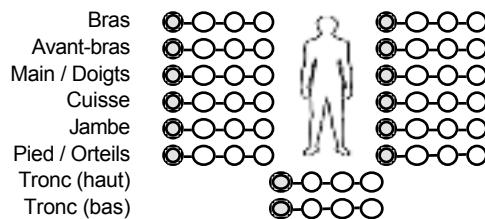
Vibration

Atteinte : **Aucune** / Minime / Modérée / Sévère



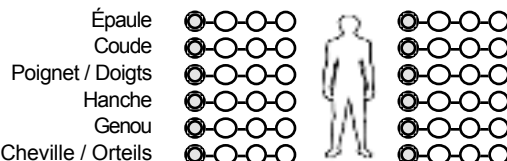
Piqûre / Température

Atteinte : **Aucune** / Minime / Modérée / Sévère



Position

Atteinte : **Aucune** / Minime / Modérée / Sévère



Sphincters

- Troubles de la miction ou de la défécation
 Troubles sexuels

Miction

- Pollakiurie **Aucune** / Modérée / Sévère
Miction impérieuse **Aucune** / Modérée / Sévère
Incontinence **Aucune** / Rare / Fréquente (> 1/sem.)
Dysurie **Aucune** / Modérée / Sévère
Rétention **Aucune** / Modérée / Sévère
Cathétérisation **Aucune** / Intermittent / Constante (≥ 3/jour)
- Résidu postmictionnel (ml) _____
 Infection urinaire

Défécation

- Constipation _____ Symptomatique
 Requirant traitement
 Diarrhée
 Incontinence

Sexuel

- Troubles de l'érection/l'éjaculation Perte de la libido

Tronc cérébral

Oculomoteur

- Diplopie
 Oscillopsie
 Ophthalmoplégie internucléaire :
 Partielle
 Complète
 Paralysie d'un nerf oculo-moteur
 Parésie du regard

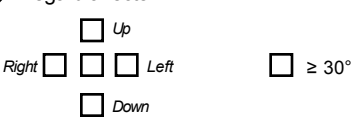
Mouvements oculaires affectés



Vestibulaire / Cochléaire

- Vertiges
 Hypoacousie : Droite _____ Gauche _____
 Nystagmus

Regard affecté



Atteinte motrice du visage

- Paralysie faciale
 Hémispasme
 Myokymie

Territoire affecté



Atteinte sensitive du visage

- Paresthésie du V : Droite _____ Gauche _____
 Névralgie du V : Droite _____ Gauche _____
 Douleur atypique : Droite _____ Gauche _____

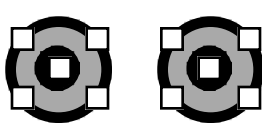
- Hypoesthésie du V : Droite _____ Gauche _____
Aucune / Minime / Modérée / Sévère

Atteinte bulbaire

- Trouble de la parole : _____ **Aucun** / Minime / Modéré / Sévère
 Trouble de la déglutition : _____ **Aucun** / Minime / Modéré / Sévère

ÉVALUATION CLINIQUE (suite)

Névrite optique

		Droite	Gauche
	Acuité visuelle (corrigée) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Atteinte du champ visuel		
<input type="checkbox"/> Baisse d'acuité visuelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Douleur oculaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dyschromatopsie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Scotome		
	<input type="checkbox"/> Quadrantopsie		
	<input type="checkbox"/> Hémianopsie		
	<input type="checkbox"/> Pâleur papillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles cognitifs

Altération mentale : Aucune Minime Modérée Sévère

<input type="checkbox"/> Mémoire	<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Attention	

Troubles psychiatriques

Altération de l'humeur Dépression Euphorie

Délires

Hallucinations

Autre(s), préciser :

Autres

Signe de Uhthoff

<input type="checkbox"/> À la chaleur, préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Amyotrophie
<input type="checkbox"/> À l'effort, préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Céphalée	<input type="checkbox"/> Extrapyrimal
	<input type="checkbox"/> Syndromes lobaires cérébraux	<input type="checkbox"/> Aphasie
	<input type="checkbox"/> Horner	
<input type="checkbox"/> Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/> Épilepsie, préciser : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Spasmes	<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser : <input type="text"/>		

COMMENTAIRES

ÉVALUATION PARACLINIQUE

		Date : 					
IRM		Jour	Mois	Année			
		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: 30px;" 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"/>		• Globale : <input type="checkbox"/> Sans changement, ou <input type="checkbox"/> Amélioration		
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aggravation		
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE SEP							
			<input type="checkbox"/> Paty		<input type="checkbox"/> Barkhof		

		Date : 								
		Non fait	Normal	Anormal			Non fait	Normal	Anormal	
VISUELS										
AUDITIFS DU TRONC CÉRÉBRAL										
SOMESTHÉSIIQUES		Membres supérieurs					Membres supérieurs			
		Membres inférieurs					Membres inférieurs			
MOTEURS		Membres supérieurs					Membres supérieurs			
		Membres inférieurs					Membres inférieurs			
					DROITE	GAUCHE				

		Date : 			
Leucocytes		<input type="radio"/> Non fait	<input type="radio"/> < 2 / mm ³	<input type="radio"/> ≥ 2 / mm ³ , nombre exact : <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Biochimie		LCR (mg/l)		Sérum (g/l)	
		Protéines totales <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>	
		Albumine <input style="width: 50px;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>	
		IgG <input style="width: 50px;" type="text"/>		Index IgG : <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Bandes oligoclonales		<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Ambigu

ÉVALUATION PARACLINIQUE (IRM, suite)

Nombre & volume des lésions

Date :

	Bas signal T1			T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR		
			Confluentes étendues			Lésions confluentes			Confluentes étendues
		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm
CÉRÉBRAL									
Supratentoriel									
Infratentoriel									
Volume									

Épaisseur (mm): Technique de détermination du volume :

	T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR		
			Multi-segments			Multi-segments
		<= 5mm	> 5 mm		<= 5mm	> 5 mm
MÉDULLAIRE						
Cervical						
Dorsolombaire						

Comparaison

Date :

	Bas signal T1			T1 / Gadolinium			Haut signal T2 / PD / FLAIR		
			Plus petites indétectables			Plus petites indétectables			Plus petites indétectables
		Nouvelles	Plus grandes		Nouvelles	Plus grandes		Nouvelles	Plus grandes
CÉRÉBRAL									
Supratentoriel									
Infratentoriel									
MÉDULLAIRE									
Cervical									
Dorsolombaire									

Atrophie, techniques non conventionnelles

Date :

Atrophie

CÉRÉBRAL	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Volume (mm³): Fraction parenchymateuse cérébrale: Localisation: </div>
MÉDULLAIRE	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Aire (mm²): Méthode: Niveau: </div>

Techniques non conventionnelles

Imagerie par transfert magnétique (MTI) <small>(Magnetization Transfer Imaging)</small>	Method:	Average MTR:
Spectroscopie	Method:	Average NAA:
Imagerie de diffusion (DWI) <small>(Diffusion Weighted Imaging)</small>	Method:	Average DC: Average NA:

Nom, prénom :
Date de naissance :

Rempli par :
Validé par :

ÉVALUATION DU TRAITEMENT

Date: Jour Mois Année

Pas de traitement à cette date

TRAITEMENTS DE FOND

Nom du médicament	Posologie			Statut <i>Début / En cours / Arrêté</i>	Si arrêt, préciser cause <small> Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre(s) </small>
	Voie <i>po / sc / im / iv</i>	Dose par prise	Fréquence		
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□
	○—○—○—○			○—○—○	□□□□□□□□

Surveillance clinique			Surveillance paraclinique	
			Normal / Anormal	
Réactions au point d'injection	<i>Douleur</i>	<input type="checkbox"/>	Hématies	○—○
	<i>Inflammation</i>	<input type="checkbox"/>	Hémoglobine	○—○
	<i>Hypersensibilité</i>	<input type="checkbox"/>	Leucocytes	○—○
	<i>Nécrose</i>	<input type="checkbox"/>	Neutrophiles	○—○
Effets généraux	<i>Asthénie</i>	<input type="checkbox"/>	Lymphocytes	○—○
	<i>Céphalée</i>	<input type="checkbox"/>	Plaquettes	○—○
	<i>Malaise</i>	<input type="checkbox"/>	SGOT / SGPT	○—○
	<i>Bouffées de chaleur</i>	<input type="checkbox"/>	Créatinine	○—○
Syndrome pseudo-grippal	<i>Courbatures</i>	<input type="checkbox"/>	Acide urique	○—○
	<i>Fièvre</i>	<input type="checkbox"/>	Marqueurs de l'inflammation	○—○
	<i>Frissons</i>	<input type="checkbox"/>	Hématurie	○—○
	<i>Sueurs</i>	<input type="checkbox"/>	Protéinurie	○—○
Réactions d'hypersensibilité	<i>Bronchospasme</i>	<input type="checkbox"/>	Électrocardiogramme	○—○
	<i>Œdème généralisé</i>	<input type="checkbox"/>	Échocardiogramme	○—○
	<i>Choc anaphylactique</i>	<input type="checkbox"/>	Radiographie pulmonaire	○—○
	<i>Rash</i>	<input type="checkbox"/>	Tests fonctionnels respiratoires	○—○
Troubles neuro-psychiatriques	<i>Anxiété</i>	<input type="checkbox"/>	Autre(s), préciser :	
	<i>Confusion</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Convulsions</i>	<input type="checkbox"/>	Commentaires	
	<i>Syndrome dépressif</i>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	
	<i>Idées suicidaires</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles digestifs	<i>Constipation</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Diarrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Douleur abdominale</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Vomissements</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles cardio-respiratoires	<i>Dyspnée</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Laryngite</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oppression thoracique</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Palpitations</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Tachycardie</i>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la menstruation	<i>Cycles irréguliers</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Ménométrorragies</i>	<input type="checkbox"/>		
	<i>Oligoménorrhée</i>	<input type="checkbox"/>		
Autre(s), préciser :				

ÉVALUATION DU TRAITEMENT (suite)

TRAITEMENT DE LA POUSSÉE

<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.v.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, i.m.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
<input type="checkbox"/>	Corticoïdes, p.o.	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	
	Autre, préciser	<i>Nom</i>	
		<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	

TRAITEMENTS NON LIÉS À LA SEP

Médicaments	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	
	<i>Nom</i>	
	<i>Posologie</i>	