

3. HISTORIQUE PARACLINIQUE

IRM Date : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

	T1			T1/Gado			T2/PD/FLAIR			Nombre de lésions		
	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Total	Péri-ventriculaires	Juxta-corticales
IRM ENCÉPHALIQUE INITIALE <input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE Supratentoriel Infratentoriel										Total <input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____ <input type="radio"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ≥ 3	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> ≥ 1
IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE Cervical Dorsolombaire										Total 0 1 ≥ 2 	Lésion ≥ 3 segments vertébraux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NERF OPTIQUE D G										Clichés vus <input type="radio"/> Informations CR <input type="radio"/>	Cocher si FLAIR fait : <input type="checkbox"/>	

Potentiels évoqués Date : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

	Non fait	Normal	Anormal
Visuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROITE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GAUCHE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liquide céphalo-rachidien Date : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

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

Anticorps anti-DNMO Date de prélèvement : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ? Oui — Si oui : _____ Résultat : Négatif Positif

Non

Laboratoire : _____

Technique : IFI / CBA / FIPA / autre / inconnue

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		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Désir de grossesse/Grossesse <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		

5. ÉVALUATION CLINIQUE DE LA MALADIE au moment de la visite d'inclusion

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

Ambulation

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite : Illimité

Aide nécessaire : Aucune / unilatérale / bilatérale / fauteuil (se transfère seul) / fauteuil (aide au transfert)

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

Systèmes fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal Tronc cérébral

Cérébelleux Visuel

Sensitif Cérébral

Sphincters Autre

EGS et EDSS de Kurtzke

DSS de Kurtzke / EDMUS GS

EDSS de Kurtzke

RAPPEL DE L'ÉCHELLE DE HANDICAP MOTEUR : DSS de Kurtzke / EDMUS GS

- | | |
|--|--|
| 0 Examen neurologique normal | 6A Marche avec aide unilatérale permanente ; PM < 100 m d'une traite |
| 1 Examen neurologique anormal ; aucune plainte fonctionnelle | 6B Marche avec aide bilatérale permanente ; PM < 100 m d'une traite |
| 2 Plaintes fonctionnelles modérées et autres que locomotrices ; peut courir | 7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 m d'une traite |
| 3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice | 8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs |
| 4 Marche sans aide ; PM limité, mais > 500 m d'une traite | 9 Confiné au lit ; pas de mouvement utile des membres supérieurs |
| 5 Marche sans aide ; PM limité < 500 m d'une traite | 10 Décès |

Acuité visuelle

OD OG

RAPPEL DE L'ÉCHELLE DE HANDICAP VISUEL (d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk et al., 1999)

- 0 Examen normal
- 1 Amblyopie, AV ≥ 7/10
- 2 Amblyopie, AV ≥ 3/10 et ≤ 6/10
- 3 Amblyopie, AV = 2/10
- 4 Amblyopie, AV ≤ 1/10
- 5 Compte uniquement les doigts
- 6 Uniquement perception lumineuse
- 7 Absence de perception lumineuse

Moteur

FORCE	5 4 3 2 1 0		5 4 3 2 1 0
Épaule	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Poignet/Doigts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hanche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cheville/Orteils	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

RAPPEL DE L'ÉCHELLE BMRC (British Medical Research Council)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 5 Mouvement actif, normal | 2 Mouvement actif, sans pesanteur |
| 4 Mouvement actif, contre résistance | 1 Contraction palpable ou visible |
| 3 Mouvement actif, contre pesanteur | 0 Absence de contraction |

Sensitif

TACT Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Bras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Avant-bras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Main/Doigts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cuisse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jambe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pied/Orteils	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

PIQÛRE / TEMPÉRATURE

Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

Bras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Avant-bras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Main/Doigts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cuisse	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Jambe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pied/Orteils	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

VIBRATION Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

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

POSITION

Atteinte : Aucune / Minimale / Modérée / Sévère

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

Sphinctérien

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 / Intermittente / Constante (≥3/j)

DÉFÉCATION

Constipation Symptomatique

Diarrhée Requirant traitement

Incontinence

Merci de faxer cette fiche au Centre de Coordination NOMADMUS au 04 72 68 49 03

Cachet professionnel (ou coordonnées du neurologue)