

Étude NOMADMUS – Fiche de suivi

Date de la visite d'évaluation : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

1. ÉPISODES NEUROLOGIQUES depuis la dernière visite

Une nouvelle poussée, ou le début de la phase progressive, a-t-il eu lieu depuis la dernière visite ?

Oui Non

Si oui, complétez le tableau suivant :

Phase rémittente



Phase progressive



Date de début de l'épisode : _____ Jour / Mois _____ Année _____

Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) : _____

Sémiologie de l'épisode

Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/>				
Gêne des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>				
Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>				
Troubles sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	<input type="checkbox"/>				
Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/>				
Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>				
Troubles oculomoteurs	<input type="checkbox"/>				
Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/>				
Atteinte sensitive du visage	<input type="checkbox"/>				
Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/>				
Troubles de la parole ou de la déglutition	<input type="checkbox"/>				
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>				
Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>				
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>				
Fatigue	<input type="checkbox"/>				
Autre(s) : si oui, préciser _____					
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>				

Syndrome clinique

MYÉLITE TRANSVERSE <i>Extensive / Non extensive</i>	<input type="checkbox"/>				
NÉVRITE OPTIQUE <i>Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale</i>	<input type="checkbox"/>				
AUTRE : si oui, préciser _____					

Caractéristiques de l'épisode

Score moteur maximal (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	<input type="checkbox"/>				
Score visuel maximal (Échelle visuelle) OD/OG	<input type="checkbox"/>				
Récupération <i>Complète / Incomplète / Nulle</i>	<input type="checkbox"/>				
Traitement corticoïde <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
Échanges plasmatiques <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
Immunoglobulines i.v. <i>Non / Oui</i>	<input type="checkbox"/>				
Immunosuppresseur <i>Non / Oui</i> <i>Si oui, préciser _____</i>	<input type="checkbox"/>				

2. HANDICAP IRRÉVERSIBLE depuis la dernière visite

Handicap moteur (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	Handicap visuel
Mois Année	OD Année OG Année
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	1 Amblyopie, AV ≥ 7/10
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	2 Amblyopie, AV ≥ 3/10 et ≤ 6/10
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	3 Amblyopie, AV = 2/10
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite	4 Amblyopie, AV ≤ 1/10
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	7 Absence de perception lumineuse
10 Décès	

(Score visuel d'après Kurtzke, 1983 & Wingerchuk *et al.*, 1999)

3. ÉVALUATION PARACLINIQUE depuis la dernière visite

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						
ENCÉPHALIQUE	<p><input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE</p> <p>Supratentoriel </p> <p>Infratentoriel </p>									<p>Total</p> <p><input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____</p> <p><input type="radio"/> ≥ 9</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions confluentes</p>		<p>Péri-ventriculaires</p> <p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="radio"/> 1</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> ≥ 3</p>		<p>Juxta-corticales</p> <p><input type="radio"/> 0</p> <p><input type="radio"/> ≥ 1</p>	
MÉDULLAIRE	<p>Cervical </p> <p>Dorsolombaire </p>									<p>Total 0 1 ≥ 2</p> <p></p> <p></p> <p></p>		<p>Lésion ≥ 3 segments vertébraux</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>			
NERF OPTIQUE	<p>D </p> <p>G </p>			<p>Clichés vus <input type="radio"/></p> <p>Informations CR <input type="radio"/></p> <p>Cocher si FLAIR fait : <input type="checkbox"/></p>											

Date : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Potentiels évoqués

	Non fait	Normal	Anormal	DROITE	GAUCHE	Non fait	Normal	Anormal
Visuels								

Date : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Liquide céphalo-rachidien

Leucocytes	<input type="checkbox"/> Non fait	Nombre exact : _____	PNN, nombre exact : _____								
Biochimie		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">LCR (mg/l)</th> <th style="width: 50%;">Sérum (g/l)</th> </tr> <tr> <td>Protéines totales :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Albumine :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IgG :</td> <td></td> </tr> </table>	LCR (mg/l)	Sérum (g/l)	Protéines totales :		Albumine :		IgG :		Index IgG : _____
LCR (mg/l)	Sérum (g/l)										
Protéines totales :											
Albumine :											
IgG :											
Bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Non fait <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Ambigu										

Date de prélèvement : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Anticorps anti-DNMO

Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ?

Oui — Si oui : _____ Non

Résultat : Négatif Positif

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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<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 de suivi

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)

Diagramme de marche : >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

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Chevilles/Orteils

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

Avant-bras

Main/Doigts

Cuisse

Jambe

Pied/Orteils

Thorax

Abdomen

PIQÛRE / TEMPÉRATURE Atteinte : **Aucune** / Minimale / Modérée / Sévère

Bras

Avant-bras

Main/Doigts

Cuisse

Jambe

Pied/Orteils

Thorax

Abdomen

VIBRATION Atteinte : **Aucune** / Minimale / Modérée / Sévère

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Chevilles/Orteils

POSITION Atteinte : **Aucune** / Minimale / Modérée / Sévère

Épaule

Coude

Poignet/Doigts

Hanche

Genou

Chevilles/Orteils

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)