

Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Date de première visite : / /

Jour
Mois
Année

IDENTITÉ DU PATIENT	NOM : <input style="width: 300px;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/> / <input style="width: 50px;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 300px;" type="text"/>	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
	Nom de naissance : <input style="width: 300px;" type="text"/>	

IDENTITÉ DU MÉDECIN	NOM : <input style="width: 300px;" type="text"/>	Tél. / fax : <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 300px;" type="text"/>	E-mail : <input style="width: 150px;" type="text"/>
	Adresse postale : <input style="width: 300px;" type="text"/>	

Antécédents du patient	
Le patient est caucasioïde :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non ... Si non, préciser : <input style="width: 150px;" type="text"/>
Maladie auto-immune :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ... Si oui, préciser : <input style="width: 150px;" type="text"/>
Tumeur :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ... Si oui, préciser : <input style="width: 150px;" type="text"/>

1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

	Phase rémittente	Phase progressive			
	A 1 ^{ère} poussée	B Nouvelle poussée	C Sans poussée inaugurale	D Avec poussée inaugurale	E Poussée surajoutée
Date de début de l'épisode :	Jour / Mois	Année	Début maladie		
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sémiologie de l'épisode					
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"/>
Syndrome clinique					
MYÉLITE TRANSVERSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Extensive / Non extensive</i>	<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"/>
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="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>
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"/>
Caractéristiques de l'épisode					
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Score visuel maximal (Échelle visuelle) OD/OG	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Récupération <i>Complète / Incomplète / Nulle</i>	<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"/>
Traitement corticoïde <i>Non / Oui</i>	<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"/>
<i>Si oui : i.v. / i.m. / oral</i>	<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"/>
Échanges plasmatiques <i>Non / Oui</i>	<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"/>
Immunoglobulines i.v. <i>Non / Oui</i>	<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"/>
Immunosuppresseur <i>Non / Oui</i>	<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"/>
<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			
		Mois	Année	
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" 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: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
10 Décès	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			OD	OG
			Année	Année
			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>

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

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

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

<input type="checkbox"/> Non fait Nombre exact : _____ PNN, nombre exact : _____	LCR (mg/l) Sérum (g/l)
Leucocytes	Protéines totales : _____ Albumine : _____ IgG : _____
Biochimie	Index IgG : _____
<input type="radio"/> Non fait <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Ambigu	Bandes oligoclonales

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

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

Oui — Si oui : 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	Arrêt programmé	Intolérance locale	Intolérance générale	Intolérance biologique	Absence d'efficacité	Convenience 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"/>		

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)

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		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"/>
Chevilles/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"/>
Chevilles/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"/>
Chevilles/Orteils	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Sphinctérien

MICTION	Pollakiurie	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Modérée / Sévère</i>
	Miction impérieuse	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Modérée / Sévère</i>
	Incontinence	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Rare / Fréquente (>1/sem)</i>
	Dysurie	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Modérée / Sévère</i>
	Rétention	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Modérée / Sévère</i>
	Cathétérisation	<input type="checkbox"/>	<i>Aucune / Intermittente / Constante (≥3/j)</i>

DÉFÉCATION

<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Symptomatique
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Requirant traitement
<input type="checkbox"/> Incontinence	

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

Cachet professionnel (ou coordonnées du neurologue)