

Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Identité du patient
 NOM : _____ Date de naissance : _____
 Prénom : _____ Jour Mois Année
 Nom de naissance : _____ Homme Femme

Identité du médecin
 NOM : _____ Tél. / fax : _____
 Prénom : _____ E-mail : _____
 Adresse postale : _____

Antécédents du patient

Maladie auto-immune : Oui Non
 Tumeur : Oui Non

Historique des épisodes neurologiques

Date	jj / mm / aa		jj / mm / aa		jj / mm / aa		jj / mm / aa	
Névrite optique <i>Unilatérale / Bilatérale</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myélite <i>Étendue / Non étendue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte encéphalitique <i>ADEM</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome du tronc cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome de l'area postrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres <i>Préciser</i>								

Traitement

Non Oui

Si oui : Corticoïdes
 Échanges plasmatiques
 Ig IV

Récupération

Complète Partielle Aucune

Historique paraclinique

	IRM		T2/FLAIR/DP/DIR		Date	Normale <input type="checkbox"/>
	Positif	Négatif	Positif	Négatif		
IRM encéphalique						
Supratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Infratentorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
IRM médullaire						
Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
IRM nerf optique						
Étendu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Liquide céphalo-rachidien

Leucocytes _____ /mm3 Lymphocytes _____ % Polynucléaires neutrophiles _____ %
 Protéinorachie _____ /mm3
 Présence de bandes oligoclonales Oui Non Non fait

Une recherche d'anticorps a-t-elle déjà été réalisée ?

Non Oui

Si oui : Anti-AQP4 Résultat _____
 Anti-MOG Résultat _____