

Recherche d'anticorps anti-AQP4 ☐ anti-MOG ☐

Date de première visite :
 Jour Mois Année

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

Le patient est caucasioïde : ☐ Oui ☐ Non ... Si non, préciser :

Maladie auto-immune : ☐ Non ☐ Oui ... Si oui, préciser :

Tumeur : ☐ Non ☐ Oui ... Si oui, préciser :

1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

Phase rémittente	A		B		Phase progressive	C		D		E		
	1 ^{re} poussée	Nouvelle poussée	Début maladie	Sans poussée inaugurale		Avec poussée inaugurale	Poussée surajoutée					
Date de début de l'épisode :	Jour / Mois		Année		Jour / Mois		Année		Jour / Mois		Année	
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :												
Sémiologie de l'épisode												
Troubles de la marche ou de l'équilibre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gêne des membres inférieurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gêne des membres supérieurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles sphinctériens	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles sexuels	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles oculomoteurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atteinte motrice du visage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Atteinte sensitive du visage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vertiges, hypoacousie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles de la parole ou de la déglutition	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles cognitifs	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Symptômes paroxystiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre(s) : si oui, préciser												
Ne sait pas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Syndrome clinique												
MYÉLITE TRANSVERSE	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Extensive / Non extensive	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
NÉVRITE OPTIQUE	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
AUTRE : si oui, préciser												
Caractéristiques de l'épisode												
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)												
Score visuel maximal (Échelle visuelle) OD/OG												
Récupération Complète / Incomplète / Nulle	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Traitement Non / Oui	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
corticoïde Si oui : i.v. / i.m. / oral	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Échanges plasmatiques Non / Oui	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Immunoglobulines i.v. Non / Oui	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Immunosuppresseur Non / Oui	☐		☐		☐		☐		☐		☐	
Si oui, préciser												

2. HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE

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			
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite			
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite			
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite			
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs			
10 Décès			

(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 ☐ NORMALE ☐ ANORMALE Supratentoriel Infratentoriel								Total ☐ < 9, préciser nbre exact : ☐ ≥ 9 ☐ Lésions confluentes		Péri-ventriculaires ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ ≥ 3		Juxta-corticales ☐ 0 ☐ ≥ 1	
IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE Cervical Dorsolombaire								Total 0 1 ≥ 2 		Lésion ≥ 3 segments vertébraux ☐ ☐			
NERF OPTIQUE D G								Clichs vus ☐ Informations CR ☐		Cocher si FLAIR fait : ☐			

Potentiels évoqués

The diagram shows two identical visual system components, one for the right eye (DROITE) and one for the left eye (GAUCHE). Each component consists of a rectangular box labeled 'Visuels' and a horizontal line with three circles. Above the circles are the labels 'Non fait', 'Normal', and 'Anormal' respectively.

Liquide céphalo-rachidien

Leucocytes	☐	Non fait	Nombre exact :	PNN, nombre exact :
Biochimie				
			LCR (mg/l)	Sérum (g/l)
		Protéines totales :		
		Albumine :		
		IgG :		
				Index IgG :
Bandes oligoclonales	☐	Non fait	☐	Non
	☐	Oui	☐	Ambigu

Anticorps anti-DNMO

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

[illegible]

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

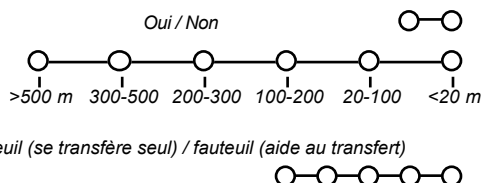
Date de l'examen : _____ Jour _____ Mois _____ Année _____

Ambulation

Capable de courir :

Périmètre de marche
d'une traite :

Illimité



Aide nécessaire :

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

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 |

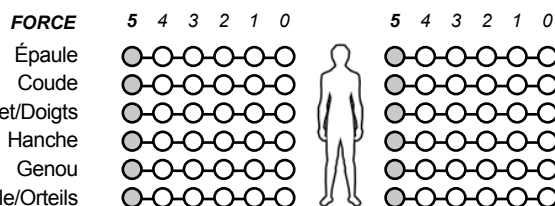
Acuité visuelle

OD ☐ OG ☐

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

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

Moteur

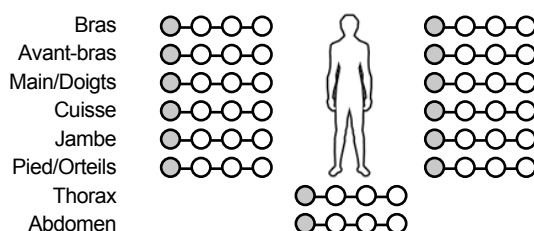


RAPPEL DE L'ÉCHELLE BMRC (British Medical Research Council)

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 |

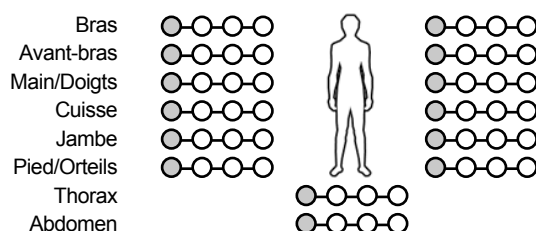
Sensitif

TACT Atteinte : Aucune / Minime / Modérée / Sévère

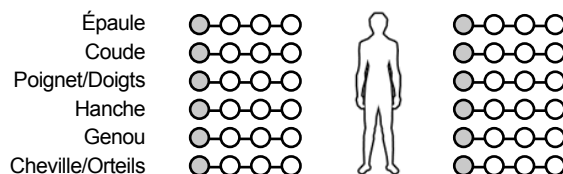


PIQÛRE / TEMPÉRATURE

Atteinte : Aucune / Minime / Modérée / Sévère

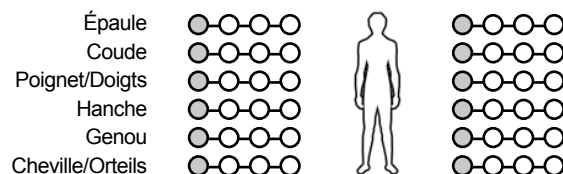


VIBRATION Atteinte : Aucune / Minime / Modérée / Sévère



POSITION

Atteinte : Aucune / Minime / Modérée / Sévère



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)