

NOM _____ Prénom _____ Date de naissance ____/____/____

Etude TYSEDMUS

Fiche de suivi neurologique semestrielle

Date de consultation : ____/____/____

Numéro de suivi/perfusion : _____

1. Evolution de la maladie

Une nouvelle poussée ou le début de la phase progressive a-t-il eu lieu durant les 6 derniers mois ?

Non Oui

Si oui, complétez le tableau suivant :



Date de début de l'épisode	Jour	____	____	____	____
	Mois	____	____	____	____
	Année	____	____	____	____
Date et/ou nombre d'épisodes incertains		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Type de l'épisode (cf. classification ci-dessus)		____	____	____	____
Sémiologie de l'épisode					
Ne sait pas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la marche ou de l'équilibre		<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"/>
Gêne des membres supérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr. sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)		<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"/>
Troubles sexuels		<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"/>
Atteinte motrice du visage		<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"/>
Vertiges, hypoacousie		<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"/>
Baisse d'acuité visuelle (NORB)		<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"/>
Troubles psychiatriques		<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"/>
Fatigue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caractéristiques de l'épisode					
Symptômes Nouveaux / Récurrents / Préexistants		<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"/>
Événement associé Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Si oui: trauma / stress / infection / vaccination / grossesse		<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"/>
Autre, préciser		_____	_____	_____	_____
Sévérité Minime / Modérée / Forte		<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"/>
Récupération Complète / Incomplète / Nulle		<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"/>
Certitude Possible / Probable / Certaine		<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"/>
Hospitalisation Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Si oui, durée en jours		_____	_____	_____	_____
Traitement Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
corticoïde Si oui, i.v. / i.m. / oral		<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"/>

NOM _____ Prénom _____ Date de naissance _____

2. Suivi de la maladie

2a. Scores cliniques

Ambulation —————

Capable de courir : Oui / Non

Périmètre de marche d'une traite : Illimité >500 m 300-500 200-300 100-200 20-100 <20 m

Aide nécessaire : Unilatérale / bilatérale / chaise roulante / chaise motorisée

Systèmes fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal	<input type="checkbox"/>	Tronc cérébral	<input type="checkbox"/>
Cérébelleux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Visuel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sensitif	<input type="checkbox"/>	Cérébral	<input type="checkbox"/>
Sphincters	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>

EGS (EDMUS Grading Scale) _____

EDSS (Kurtzke) _____

2b. Une IRM a-t-elle été réalisée ces six derniers mois ?

Non Oui

Si oui, remplir le tableau IRM

IRM		Date : _____											
		T1		T1/Gado		T2/PD/FLAIR(*)		Nombre de lésions T2/PD/FLAIR					
		Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Non fait	Négatif	Positif	Total	Péri-ventriculaires	Juxta-corticales
CÉRÉBRALE	Supratentorial	<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"/>	< 9, préciser nbre exact : _____ ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥ 3	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> ≥ 1
	Infratentorial	<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"/>			
MÉDULLAIRE	Cervical	<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"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ≥ 2	(*) Cocher cette case si le FLAIR a été fait : <input type="checkbox"/>	
	Dorsolombaire	<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"/>			
NERF OPTIQUE		<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"/>			
COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE													
• Nouvelle(s) lésion(s) : <input type="checkbox"/>						• Globale : <input type="checkbox"/> Sans changement, ou <input type="checkbox"/> Amélioration						<input type="checkbox"/> Aggravation	

2c. Le patient reçoit-il encore le Tysabri ?

Non Oui

Si non, quel est le motif de l'arrêt ?

Intolérance générale
 Convenance personnelle

Arrêt programmé
 Intolérance biologique
 Effet indésirable
 Intolérance locale
 Absence d'efficacité
 Autre

2d. Une recherche des anticorps anti-natalizumab a-t-elle été effectuée ?

Non Oui

Raison : Intolérance Inefficacité Systématique

Prélèvement initial

Date _____

Résultat : Positif Négatif

Prélèvement de confirmation (à 6 semaines)

Date _____

Résultat : Positif Négatif

3. Grossesse, allaitement

3a. S'il s'agit d'une femme, la patiente est-elle enceinte ?

Non Oui

Si oui, remplir la fiche « grossesse, allaitement »

Merci de faxer cette fiche au centre coordinateur EDMUS au 04 72 35 75 25.