

Etude TYSEDMUS

Fiche d'inclusion

1. Neurologue(s)	2. Patient
<p>a. Nom du neurologue prescripteur :</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>1a. Quel est le type d'exercice du neurologue ? <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHG <input type="checkbox"/> Libéral</p> <p>1b. Le centre a-t-il un accès rapide à une IRM ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>b. Nom du neurologue n°2 (en cas de suivi conjoint)</p> <p>Adresse :</p> <p>Téléphone :</p> <p>1a. Quel est le type d'exercice du neurologue ? <input type="checkbox"/> CHU <input type="checkbox"/> CHG <input type="checkbox"/> Libéral</p> <p>1b. Le centre a-t-il un accès rapide à une IRM ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>NOM : _____</p> <p>Nom de jeune fille : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>2a. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p> <p>2b. Date de naissance :</p> <p style="text-align: center;"> __ __ __ __ __ Jour Mois Année </p> <p>2c. Profession :</p> <p> <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Profession libérale, cadre supérieur <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire <input type="checkbox"/> Sans profession <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____ </p> <p>2d. Département de résidence : __ __ </p>

3. Historique de la SEP

3a. Quel est la date des premiers symptômes de la SEP ?

|__| |__|
Mois année

3b. Quel est la forme évolutive de la SEP ?

Forme rémittente
 Forme secondairement progressive
 Forme progressive d'emblée

En cas de forme progressive, quelle est la date du début de la progression ?

|__| |__|
Mois année

3c. Nombre de poussées dans les 12 derniers mois ? |__|

3d. Evaluation clinique

Ambulation	
Capable de courir :	Oui / Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Périmètre de marche d'une traite :	<input type="checkbox"/> Illimité <input type="checkbox"/> >500 m <input type="checkbox"/> 300-500 <input type="checkbox"/> 200-300 <input type="checkbox"/> 100-200 <input type="checkbox"/> 20-100 <input type="checkbox"/> <20 m
Aide nécessaire :	Unilatérale / bilatérale / chaise roulante / chaise motorisée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Systèmes fonctionnels de Kurtzke	
Pyramidal	Tronc cérébral
Cérébelleux	Visuel
Sensitif	Cérébral
Sphincters	Autre

EGS (EDMUS Grading Scale)

EDSS (Kurtzke)

NOM | _____ | Prénom | _____ | Date de naissance | ____|____|____|

4. IRM

		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	Supratentoriel				<input type="checkbox"/> < 9, préciser nbre exact : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ≥ 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						
	Infratentoriel												
MÉDULLAIRE	Cervical				<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												
NERF OPTIQUE													

COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE

• Nouvelle(s) lésion(s) : • Globale : Sans changement, ou Amélioration Aggravation

5. Résultats biologiques

Date de la NFS pré-TYSABRI | ____|____|____|

Leucocytes	__ _ _ , __ _ G/L	Numération des lymphocytes	
Polynucléaires neutrophiles	__ _ _ , __ _ G/L	CD4+	__ _ _ /microL
Lymphocytes	__ _ _ , __ _ G/L	CD8+	__ _ _ /microL
Hémoglobine	__ _ _ g/L	B (CD19+)	__ _ _ /microL
Plaquettes	__ _ _ G/L	Dosage pondéral des immunoglobulines	
VS (1 ^{ère} heure)	__ _ _ min	IgA	__ _ _ , __ _ _ g/L
CRP	__ _ _ mg/l	IgG	__ _ _ , __ _ _ g/L
		IgM	__ _ _ , __ _ _ g/L

6. Examens complémentaires

6a. Sérologie VIH ? Date |__|_|_|_|_| Non faite
 Négative Positive

6b. IDR à la tuberculine ? Date |__|_|_|_|_| Non faite
 Négative Positive (induration supérieure à 10 mm après 72h)

6c. Radio pulmonaire ? Date |__|_|_|_|_| Non faite
 Normale Anormale
 Si anormale, précisez

NOM | _____ | Prénom | _____ | Date de naissance | ____|____|____|

7. Antécédents médicaux

Le patient a-t-il des antécédents médicaux (hors SEP)?

Non Oui,

Si non, aller au chapitre 8.

Si oui, précisez le ou lesquels ci-dessous :

Maladies auto-immunes Non Oui | _____|

Diabète Non Oui

Hypersensibilité au natalizumab ... Non Oui

Infections graves ou opportunistes. Non Oui, la (les)quelle(s) :

Antécédents de LEMP

Antécédents de tuberculose

Autres :

Cancers Non Oui, le (les)quel(s) :

Localisation	Date de diagnostic	Evolutif ?	Chimiothérapie ou Radiothérapie ?
<input type="checkbox"/> Sein	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> ORL	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Colon/Rectum	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Leucémie	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Poumon	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Lymphome	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Mélanome	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Cancer de la peau non mélanome	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Prostate	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Utérus	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Autre : _____	____ ____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Autres antécédents :

Tabagisme Non Oui

8. Grossesse

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

Non Oui

NOM | _____ | Prénom | _____ | Date de naissance | ____ | ____ | ____ |

9. Historique des traitements de fond de la SEP

Nom du médicament	Date de début	Date d'arrêt	Motifs d'arrêt
			Arrêt programmé Intolérance locale Intolérance générale Intolérance biologique Absence d'efficacité Convenance personnelle Effet indésirable grave Autre
<input type="checkbox"/> Aucun traitement			
<input type="checkbox"/> Tysabri	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Avonex	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bêtaferon	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Copaxone	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Rebif 22	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Rebif 44	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Elsep/Mitoxantrone	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Azathioprine	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Methotrexate	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cellcept	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamide (Endoxan)	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Corticoides chroniques	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Autre : _____	_ _ _	_ _ _	<input type="checkbox"/> _____

10. Autres traitements

Le patient reçoit-il un traitement immunosuppresseur ou anti-mitotique pour une autre maladie ?

Actuellement Non Oui Lequel : _____

Par le passé Non Oui Lequel : _____

Année de traitement : |__|_|

Durée : _____

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