

TRAITEMENTS DE LA POUSSEE

Corticothérapie			
Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>
<input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Orale Durée (jours) _____	<input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Orale Durée (jours) _____	<input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Orale Durée (jours) _____	<input type="radio"/> IV <input type="radio"/> Orale Durée (jours) _____
Dose totale administrée (g) _____	Dose totale administrée (g) _____	Dose totale administrée (g) _____	Dose totale administrée (g) _____
Echanges plasmatiques			
Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Immunoglobulines IV			
Date _____	Date _____	Date _____	Date _____
Durée (jours) _____	Durée (jours) _____	Durée (jours) _____	Durée (jours) _____
Autres (préciser) :			
_____	_____	_____	_____
Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>	Date _____ <small>Jour Mois Année</small>

ÉVALUATION CLINIQUE

Date _____ **EDSS** _____

Périmètre de marche	Perte d'autonomie	Systèmes fonctionnels de Kurtzke
<input type="radio"/> ?	<input type="radio"/> ?	Pyramidal _____
<input type="radio"/> Illimité	<input type="radio"/> Aucune	Cérébelleux _____
<input type="radio"/> Illimité, signes minimes	<input type="radio"/> Aide unilatérale	Sensitif _____
<input type="radio"/> Illimité, gêne fonctionnelle minime	<input type="radio"/> Aide bilatérale	Sphincters _____
<input type="radio"/> Illimité, ne peut courir	<input type="radio"/> Fauteuil (se transfère seul)	Tronc cérébral _____
<input type="radio"/> Limité, > 500m	<input type="radio"/> Fauteuil (aide au transfert)	Visuel _____
<input type="radio"/> 100-500m	<input type="radio"/> Confiné au fauteuil, usage des bras	Cérébral _____
<input type="radio"/> 300-500m	<input type="radio"/> Confiné au lit, usage limité des bras	Autre _____
<input type="radio"/> 200-300m	<input type="radio"/> Confiné au lit, totalement dépendant	
<input type="radio"/> 100-200m	<input type="radio"/> Incapable de manger/parler	
<input type="radio"/> 20-100m		
<input type="radio"/> < 20m		

EXAMENS OPHTALMOLOGIQUES

Acuité visuelle	Tomographie en Cohérence Optique
Date _____ (PL-; PL+; VBLM; CLD; 1/10 à 10/10) OD _____ OG _____	Date _____ RNFL (µ) OD _____ OG _____

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE (à collecter que les patients soient sous traitement ou pas)

Depuis la dernière consultation, le patient a-t-il eu un Événement Indésirable Grave (EIG) lié ou non à un traitement (y compris un cancer de la peau, non mélanome) ? ? Non Oui

Si Oui, remplir la Fiche minimale OFSEP "Événement Indésirable Grave"

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS DE FOND

À l'issue de la consultation, le patient poursuit-il son traitement de fond (TdF) ? Patient sans TdF Oui Non

- Pour les anti-CD 20 et anti-CD 19, saisir chaque cure ou administration comme une séquence thérapeutique avec une date de début et une date de fin.

- Les corticoïdes oraux et les immunoglobulines IV pris au long cours doivent être saisis comme des traitements de fond.

DCI/Nom commercial	Date de début JJ/MM/AAAA	En cours JJ/MM/AAAA	Date d'arrêt JJ/MM/AAAA	Raisons de l'arrêt										
				Inconnue	Intolérance locale	Intolérance générale	Intolérance biologique	Absence d'efficacité	Événement Indésirable Grave	Arrêt programmé	Convenance personnelle (Désir de) grossesse	Autre		
				<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"/>	<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"/>

ÉVALUATION PARACLINIQUE : IRM

Depuis la dernière consultation, le patient a-t-il eu une IRM ? ? Non Oui

IRM CÉRÉBRALE Date _____ Normale ou aspécifique Phénotype SEP Phénotype NMOSD / MOGAD
Jour Mois Année

T1 / Gadolinium

Supratentorielle ? Pos Neg Infratentorielle ? Pos Neg

T2 : Lésions évocatrices de NMOSD

Lésion péri-épendymale étendue des ventricules latéraux (VL) ? Oui Non

Lésion pseudo-tumorale ? Oui Non

Lésion étendue du corps calleux ? Oui Non

Lésion de l'area postrema ? Oui Non

Lésion hypothalamique ? Oui Non

Lésion péri-épendymale du 3e ventricule (V3) ? Oui Non

Atteinte du tronc avec lésion péri-épendymale du 4e ventricule (V4) ? Oui Non

Anomalie du tractus cortico-spinal ? Oui Non

T2 : Lésions évocatrices de MOGAD

Lésions de type ADEM ? Oui Non

Lésions corticales ? Oui Non

Lésions du tronc cérébral ? Oui Non

Lésions thalamiques ? Oui Non

Lésions pseudo-tumorales ? Oui Non

Lésions à bords flous ("fluffy") ? Oui Non

Aggravation ? Oui Non Amélioration ? Oui Non

IRM NERF OPTIQUE Date _____ Normale Anormale
Jour Mois Année

T1 / Gadolinium

≥ 1/2 longueur de NO Périnévrite

Nerf optique (côté indéfini) ? Pos Neg ? Oui Non

Droit ? Pos Neg ? Oui Non

Gauche ? Pos Neg ? Oui Non

Chiasma ? Pos Neg ? Oui Non

T2 (FLAIR, DIXON, ...)

≥ 1/2 longueur de NO Elargissement du NO

Nerf optique (côté indéfini) ? Pos Neg ? Oui Non ? Oui Non

Droit ? Pos Neg ? Oui Non ? Oui Non

Gauche ? Pos Neg ? Oui Non ? Oui Non

Chiasma ? Pos Neg ? Oui Non ? Oui Non

IRM MÉDULLAIRE Date _____ Normale Anormale
Jour Mois Année

Note : Les lésions situées sur la jonction cervico-dorsale doivent être considérées par défaut comme des lésions cervicales

T1 / Gadolinium

Cervicale ? Pos Neg

Dorsolombaire ? Pos Neg

Atteinte ≥ 3 segments continus Œdème (Grosse moelle) Atrophie focale

Cervicale ? Oui Non ? Oui Non ? Oui Non

Dorsolombaire ? Oui Non ? Oui Non ? Oui Non

T2 (STIR, PSIR, ...)

Nombre de lésions

Cervicale ? Pos Neg ? 1 ≥ 2

Dorsolombaire ? Pos Neg ? 1 ≥ 2

TOTAL ? 1 ≥ 2

Transverse Centromédullaire

? Oui Non ? Oui Non

? Oui Non ? Oui Non

T2 : Lésions évocatrices de NMOSD

Hypersignaux T2 brillants ("bright spotty lesions") ? Oui Non

Réhaussement annulaire ? Oui Non

T2 : Lésions évocatrices de MOGAD

Signe de la ligne sagittale ? Oui Non

Signe du H ? Oui Non

Prise de contraste hétérogène ? Oui Non

Aggravation ? Oui Non Amélioration ? Oui Non

ÉVALUATION PARACLINIQUE : LCR

Date _____ **Numération leucocytaire** ? Normale Augmentée >= 2/mm3 _____ /mm3

Présence de PNN et/ou PNE ? Non Oui

Biochimie LCR (mg/L) Sérum (g/L)

Protéines totales _____ Index IgG _____

Albumine _____ ou indiquez si index normal/anormal

IgG _____ Normal Anormal

Bandes oligoclonales ? Aucune Douteuse 1 bande ≥ 2 bandes

ÉVALUATION PARACLINIQUE : AUTO-ANTICORPS SPECIFIQUES

Anticorps anti-AQP4 - Sérum **Anticorps anti-MOG - Sérum** **Anticorps anti-MOG - LCR**

Date _____ Date _____ Date _____

Résultat Non fait Négatif Positif Résultat Non fait Négatif Positif Résultat Non fait Négatif Positif

Technique ? IIF CBA Autre _____ Technique ? IIF CBA Autre _____ Technique ? IIF CBA Autre _____

Laboratoire _____ Laboratoire _____ Laboratoire _____