

# Recherche d'anticorps anti-AQP4 anti-MOG

Date de première visite :  /  /   

Jour
Mois
Année

<b>IDENTITÉ DU PATIENT</b>	NOM : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>Jour      Mois      Année</small>
	Nom de naissance : <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme

<b>IDENTITÉ DU MÉDECIN</b>	NOM : <input style="width: 100%;" type="text"/>	Tél. / fax : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Prénom : <input style="width: 100%;" type="text"/>	E-mail : <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Adresse postale : <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Antécédents du patient	
Le patient est caucasoïde :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non ... Si non, préciser : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Maladie auto-immune :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ... Si oui, préciser : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tumeur :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui ... Si oui, préciser : <input style="width: 100%;" type="text"/>

## 1. HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

	Phase rémittente	Phase progressive				
	<b>A</b> 1 <sup>ère</sup> poussée	<b>B</b> Nouvelle poussée	<b>C</b> Sans poussée inaugurale	<b>D</b> Avec poussée inaugurale	<b>E</b> Poussée surajoutée	
	<b>Début maladie</b>					
Date de début de l'épisode :	Jour / Mois	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Année	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Type de l'épisode (selon classification ci-dessus) :	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Sémiologie de l'épisode						
Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Gêne des membres supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles sexuels	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Atteinte motrice du visage	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptômes paroxystiques	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre(s) : si oui, préciser	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome clinique						
MYÉLITE TRANSVERSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Extensive / Non extensive</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
NÉVRITE OPTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Unilatérale : Droite - Gauche / Bilatérale</i>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/>	
AUTRE : si oui, préciser	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Caractéristiques de l'épisode						
Score moteur maximal (DSS de Kurtzke/EDMUS GS)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Score visuel maximal (Échelle visuelle) <span style="float: right;">OD/OG</span>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Récupération <span style="float: right;"><i>Complète / Incomplète / Nulle</i></span>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Traitement corticoïde <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<i>Si oui : i.v. / i.m. / oral</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Échanges plasmatiques <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Immunoglobulines i.v. <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Immunosuppresseur <span style="float: right;"><i>Non / Oui</i></span>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	
<i>Si oui, préciser</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

## 2. HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE

Handicap moteur (DSS de Kurtzke / EDMUS GS)	Handicap visuel			
		Mois	Année	
3 Périmètre de marche (PM) illimité, mais ne peut courir ; ou gêne fonctionnelle significative, mais autre que locomotrice	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
4 Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
6 Marche avec aide uni- ou bilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
7 Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
8 Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
10 Décès	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
			<b>OD</b> <small>Année</small>	<b>OG</b> <small>Année</small>
			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

(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				
<b>IRM ENCÉPHALIQUE INITIALE</b> <input type="radio"/> NORMALE <input type="radio"/> ANORMALE										<b>Total</b> <input type="radio"/> < 9, préciser nbre exact : _____ <input type="radio"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	<b>Péri-ventriculaires</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> ≥ 3	<b>Juxta-corticales</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> ≥ 1	
Supratentorielle Infratentorielle													
<b>IRM MÉDULLAIRE LA PLUS PATHOLOGIQUE</b> Cervical Dorsolombaire										<b>Total</b> 0 1 ≥ 2 	<b>Lésion ≥ 3 segments vertébraux</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>NERF OPTIQUE</b> D G										Clichés vus <input type="radio"/> Informations CR <input type="radio"/>	Cocher si FLAIR fait : <input type="checkbox"/>		

**Potentiels évoqués** Date : \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

	Non fait	Normal	Anormal
<b>Visuels</b>			
	<b>DROITE</b>		
	<b>GAUCHE</b>		

**Liquide céphalo-rachidien** Date : \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

<b>Leucocytes</b>	<input type="checkbox"/> Non fait	Nombre exact : _____	PNN, nombre exact : _____
<b>Biochimie</b>	Protéines totales : _____ LCR (mg/l)    _____ Sérum (g/l) Albumine : _____ IgG : _____		Index IgG : _____
<b>Bandes oligoclonales</b>	<input type="radio"/> Non fait <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Ambigu		

**Anticorps anti-DNMO** Date de prélèvement : \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Une recherche des anticorps anti-DNMO a-t-elle été réalisée ?  
 Oui — Si oui : \_\_\_\_\_    **Résultat** :  Négatif     Positif  
 Non    **Laboratoire** : \_\_\_\_\_  
**Technique** : IFI / CBA / FIPA / autre / inconnue       
 Si autre, préciser : \_\_\_\_\_

### 4. HISTORIQUE DES TRAITEMENTS IMMUNOACTIFS

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt	Commentaire
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Désir de grossesse/Grossesse <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		
	_____	_____	_____	_____	_____	_____		

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

Date de l'examen : \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

**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 :  *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)

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

**Moteur**

<b>FORCE</b>	5 4 3 2 1 0		5 4 3 2 1 0
Épaule	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Poignet/Doigts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hanche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cheville/Orteils	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**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**

<b>TACT</b>	Atteinte : <i>Aucune</i> / <i>Minime</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<b>PIQÛRE / TEMPÉRATURE</b>	Atteinte : <i>Aucune</i> / <i>Minime</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>
Bras	<input type="checkbox"/>	Bras	<input type="checkbox"/>
Avant-bras	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>
Main/Doigts	<input type="checkbox"/>	Main/Doigts	<input type="checkbox"/>
Cuisse	<input type="checkbox"/>	Cuisse	<input type="checkbox"/>
Jambe	<input type="checkbox"/>	Jambe	<input type="checkbox"/>
Pied/Orteils	<input type="checkbox"/>	Pied/Orteils	<input type="checkbox"/>
Thorax	<input type="checkbox"/>	Thorax	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>
<b>VIBRATION</b>	Atteinte : <i>Aucune</i> / <i>Minime</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<b>POSITION</b>	Atteinte : <i>Aucune</i> / <i>Minime</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>
Épaule	<input type="checkbox"/>	Épaule	<input type="checkbox"/>
Coude	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>
Poignet/Doigts	<input type="checkbox"/>	Poignet/Doigts	<input type="checkbox"/>
Hanche	<input type="checkbox"/>	Hanche	<input type="checkbox"/>
Genou	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>
Cheville/Orteils	<input type="checkbox"/>	Cheville/Orteils	<input type="checkbox"/>

**Sphinctérien**

<b>MICTION</b>	Pollakiurie <input type="checkbox"/> <i>Aucune</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<b>DÉFÉCATION</b>	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Symptomatique
Miction impérieuse <input type="checkbox"/> <i>Aucune</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<input type="checkbox"/> Incontinence <i>Aucune</i> / <i>Rare</i> / <i>Fréquente (&gt;1/sem)</i>	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Requirant traitement	
Dysurie <input type="checkbox"/> <i>Aucune</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<input type="checkbox"/> Rétenion <i>Aucune</i> / <i>Modérée</i> / <i>Sévère</i>	<input type="checkbox"/> Incontinence		
Cathétérisation <input type="checkbox"/> <i>Aucune</i> / <i>Intermittente</i> / <i>Constante (≥3/j)</i>				

Merci de faxer cette fiche au Centre de Coordination NOMADMUS au 04 72 68 49 03

Cachet professionnel (ou coordonnées du neurologue)