

NOM | \_\_\_\_\_ | Prénom | \_\_\_\_\_ | Date de naissance |\_\_|\_\_|\_\_|

**Etude TYSEDMUS**  
**Fiche des effets indésirables graves – groupe NON TYSABRI**

Date de consultation : |\_\_|\_\_|\_\_|

Effets indésirables	Date de survenue :	Critères de Gravité	Eléments de diagnostic
<input type="checkbox"/> <b>LEMP</b>	__ __ __	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> entraînant une invalidité <input type="checkbox"/> mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> décès	<b>Dosage du virus JC dans le LCR</b> Date de positivité  __ __ __  <b>Biopsie cérébrale</b> Date de positivité  __ __ __
<input type="checkbox"/> <b>Infections bactériennes, virales ou fongiques :</b> <input type="checkbox"/> Septicémie <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> <i>Autres, précisez :</i> _____	__ __ __	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> entraînant une invalidité <input type="checkbox"/> mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> décès	Nature :  Nature du germe identifié :
<input type="checkbox"/> <b>Infections opportunistes</b> <input type="checkbox"/> <b>Tuberculose</b> (ou mycobactériose atypique quelle que soit sa localisation) <input type="checkbox"/> <b>Mycose systémique</b> telle que aspergillose, cryptococcose, candidose oesophagienne ou systémique, histoplasmosse ou autre mycose endémique <input type="checkbox"/> <b>Bactérie ou parasitose opportuniste</b> (listériose, légionellose, salmonellose, pneumocystose ou autre) <input type="checkbox"/> <b>Virose opportuniste</b> (herpès extensif et récidivant, zona, CMV, condylomes récidivants ou infection à EBV) <input type="checkbox"/> <b>Autres, précisez :</b> _____	__ __ __	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> entraînant une invalidité <input type="checkbox"/> mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> décès	Nature :  Nature du germe identifié :  Date d'identification :  __ __ __
<input type="checkbox"/> <b>Cancers</b>	__ __ __	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* <input type="checkbox"/> entraînant une invalidité <input type="checkbox"/> mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> décès	Localisation : <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Colon/rectum <input type="checkbox"/> Leucémie <input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Mélanome <input type="checkbox"/> Cancer de la peau non mélanome <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Utérus <input type="checkbox"/> Autre : précisez, _____

\*hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation en raison des effets indésirables

**1. Traitement correcteur :**

Non       Oui, précisez la nature : .....

**2. Quelle a été l'évolution de l'effet indésirable ?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle          | <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles              |
| <input type="checkbox"/> Décès dû à l'effet              | <input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer |
| <input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet |   |
| <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli        |   |
| <input type="checkbox"/> inconnue                        |   |

Précisez la date à laquelle l'évolution a été constatée : |\_\_|\_\_|\_\_|

**Merci de faxer cette fiche au centre coordinateur EDMUS  
 au 04 72 12 97 14  
 ainsi qu'à votre centre de pharmacovigilance**

**Cachet professionnel  
 (ou coordonnées du neurologue)**