

# Etude TYSEDMUS

## Fiche d'inclusion

Date de visite : |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

1. Neurologue(s)	2. Patient
<p><b>a. Neurologue prescripteur (Cachet professionnel)</b> Nom : _____</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>b. Neurologue n2 (en cas de suivi conjoint)</b> (Cachet professionnel) Nom : _____</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 :</b> _____</p> <p><b>Nom de jeune fille :</b> _____</p> <p><b>Prénom :</b> _____</p> <p><b>2a. Sexe</b>    <input type="checkbox"/> Homme    <input type="checkbox"/> Femme</p> <p><b>2b. Date de naissance :</b></p> <p style="text-align: center;"> __ __     __ __     __ __ __ __   <i>          Jour        Mois            Année</i></p> <p><b>2c. Profession :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Agriculteur                      <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant</p> <p><input type="checkbox"/> Employé                            <input type="checkbox"/> Ouvrier</p> <p><input type="checkbox"/> Profession libérale, cadre supérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Profession intermédiaire</p> <p><input type="checkbox"/> Sans profession    <input type="checkbox"/> Autres, précisez :</p> <p><b>2d. Département de résidence :</b>  __ __ </p>

### 3. Historique de la SEP

**3a. Quelle est la date des premiers symptômes de la SEP ?**      |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
*Mois    année*

**3b. Quelle 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. Évaluation clinique**

<p>Ambulation ———</p> <p>Capable de courir :      <i>Oui / Non</i>      ○—○</p> <p>Périmètre de marche d'une traite :      <input type="checkbox"/>      ○—○—○—○—○—○  <span style="margin-left: 100px;"><i>Illimité      &gt;500 m    300-500    200-300    100-200    20-100    &lt;20 m</i></span></p> <p>Aide nécessaire : <i>Aucune / unilatérale / bilatérale / chaise roulante / chaise motorisée</i>      ○—○—○—○—○</p>			
<p>Systèmes fonctionnels de Kurtzke ———</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p><i>Pyramidal</i>  __ </p> <p><i>Cérébelleux</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sensitif</i>  __ </p> <p><i>Sphincters</i>  __ </p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p><i>Tronc cérébral</i>  __ </p> <p><i>Visuel</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cérébral</i>  __ </p> <p><i>Autre</i>  __ </p> </td> </tr> </table>	<p><i>Pyramidal</i>  __ </p> <p><i>Cérébelleux</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sensitif</i>  __ </p> <p><i>Sphincters</i>  __ </p>	<p><i>Tronc cérébral</i>  __ </p> <p><i>Visuel</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cérébral</i>  __ </p> <p><i>Autre</i>  __ </p>	<p><b>DSS de Kurtzke (EGS)</b>       __ </p> <p><b>EDSS de Kurtzke</b>       __ </p>
<p><i>Pyramidal</i>  __ </p> <p><i>Cérébelleux</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Sensitif</i>  __ </p> <p><i>Sphincters</i>  __ </p>	<p><i>Tronc cérébral</i>  __ </p> <p><i>Visuel</i>  __  <input type="checkbox"/></p> <p><i>Cérébral</i>  __ </p> <p><i>Autre</i>  __ </p>		

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

#### 4. IRM

Date de l'IRM pré-TYSABRI |\_\_|\_|\_\_\_\_\_ |

		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
<b>CÉRÉBRALE</b>	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												
<b>MÉDULLAIRE</b>	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												
<b>NERF OPTIQUE</b>													

**COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE**

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

#### 5. Résultats biologiques

Date de la NFS pré-TYSABRI |\_\_|\_|\_\_\_\_\_ |

Cocher SVP  Bilan Normal  Bilan Anormal

Détails (facultatif si normal\*) :

\* **!! CD4+ et CD8+ obligatoires !**

Leucocytes |\_\_|\_|\_|\_| G/L  
 Polynucléaires neutrophiles |\_\_|\_|\_|\_| G/L  
 Lymphocytes |\_\_|\_|\_|\_| G/L

Numération des lymphocytes

**CD4+** |\_\_|\_|\_|\_| /microL  
**CD8+** |\_\_|\_|\_|\_| /microL

Hémoglobine |\_\_|\_|\_|\_| g/L

B (CD19+) |\_\_|\_|\_|\_| /microL

Plaquettes |\_\_|\_|\_|\_| G/L

Dosage pondéral des immunoglobulines

VS (1<sup>ère</sup> heure) |\_\_|\_|\_|\_| mm  
 CRP |\_\_|\_|\_|\_| mg/l

IgA |\_\_|\_|\_|\_| g/L  
 IgG |\_\_|\_|\_|\_| g/L  
 IgM |\_\_|\_|\_|\_| g/L

#### 6. Examens complémentaires

**6a. Sérologie VIH ?** Date |\_\_|\_|\_|\_|  Non faite

Résultat  Négative  Positive

**6b. IDR à la tuberculine ?** Date |\_\_|\_|\_|\_|  Non faite

Résultat  Négative  Positive (induration supérieure à 10 mm après 72h)

**6c. Radio pulmonaire ?** Date |\_\_|\_|\_|\_|  Non faite

Résultat  Normale  Anormale

Si anormale, précisez .....

**6d. Dosage Virus JC ?** Date |\_\_|\_|\_|\_|  Non fait

Résultat  Négatif  Positif

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

**7. Antécédents médicaux**

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

Non  Oui,

**Si non, aller au paragraphe 8.  
Si oui, précisez le ou lesquels ci-dessous :**

Maladies auto-immunes .....  Non  Oui Préciser | \_\_\_\_\_ |  
 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 : (Préciser).....  
 .....  
 .....

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									
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année	Arrêt programmé	Intolérance locale	Intolérance générale	Intolérance biologique	Absence d'efficacité	Convenance personnelle	Effet indésirable grave	Grossesse/Désir de grossesse	Autre(s)	
<input type="checkbox"/> Aucun traitement																
<input type="checkbox"/> TYSABRI	__	__	__	__	__	__	<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"/> Avonex	__	__	__	__	__	__	<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"/> Betaferon	__	__	__	__	__	__	<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"/> Copaxone	__	__	__	__	__	__	<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"/> Rebif 22	__	__	__	__	__	__	<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"/> Rebif 44	__	__	__	__	__	__	<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"/> Elsep/Mitoxantrone	__	__	__	__	__	__	<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"/> Azathioprine	__	__	__	__	__	__	<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"/> Methotrexate	__	__	__	__	__	__	<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"/> Cellcept	__	__	__	__	__	__	<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"/> Cyclophosphamide (Endoxan)	__	__	__	__	__	__	<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"/> Corticoïdes chroniques	__	__	__	__	__	__	<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 : _____	__	__	__	__	__	__	<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 : _____	__	__	__	__	__	__	<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"/>	

**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 12 97 14**