

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

## Etude TYSEDMUS

### Fiche de suivi neurologique semestrielle

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





Numéro de suivi/perfusion : | \_\_\_\_ |

#### 1. Évolution de la maladie

1a. Une nouvelle poussée ou le début de la phase progressive a-t-il eu lieu durant les 6 derniers mois ?

Non  Oui

*Si oui, complétez le tableau suivant :*

Classification des épisodes neurologiques	Phase rémittente		Phase progressive		
	 (B) Nouvelle poussée	 ou  (C) Sans poussée inaugurale / (D) Avec poussée inaugurale	 (E) Poussée surajoutée		
Date de début de l'épisode	Jour	____	____	____	____
	Mois	____	____	____	____
	Année	____	____	____	____
Date et/ou nombre d'épisodes incertains		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Type de l'épisode (cf. classification ci-dessus)		____	____	____	____
Sémiologie de l'épisode					
Ne sait pas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la marche ou de l'équilibre		<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"/>
Gêne des membres supérieurs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tr. sensitifs subjectifs (douleurs, paresthésies...)		<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"/>
Troubles sexuels		<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"/>
Atteinte motrice du visage		<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"/>
Vertiges, hypoacousie		<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"/>
Baisse d'acuité visuelle (NORB)		<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"/>
Troubles psychiatriques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symp tômes paroxystiques		<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"/>
Autre(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caractéristiques de l'épisode					
Symptômes Nouveaux / Récurrents / Préexistants		<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"/>
Événement associé Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Si oui: trauma / stress / infection / vaccination / grossesse		<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"/>
Autre, préciser		_____	_____	_____	_____
Sévérité Minime / Modérée / Forte		<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"/>
Récupération Complète / Incomplète / Nulle		<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"/>
Certitude Possible / Probable / Certaine		<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"/>
Hospitalisation Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
Si oui, durée en jours		_____	_____	_____	_____
Traitement Non / Oui		<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
corticoïde Si oui, i.v. / i.m. / oral		<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"/>

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

**2. Suivi de la maladie**

Numéro de suivi/perfusion : | \_\_\_\_ |

**- 2a. Scores cliniques**

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 / chaise roulante / chaise motorisée

Systèmes fonctionnels de Kurtzke

Pyramidal  Tronc cérébral   
 Cérébelleux   Visuel    
 Sensitif  Cérébral   
 Sphincters  Autre

DSS de Kurtzke (EGS)

EDSS de Kurtzke

**- 2b. Une IRM a-t-elle été réalisée ces six derniers mois ?  Non  Oui > Si oui, remplir le tableau IRM**

Date de l'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
<b>CÉRÉBRALE</b>	Supratentorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 9, préciser nbre exact : <input type="checkbox"/> ≥ 9 <input type="checkbox"/> <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
	Infratentorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>MÉDULLAIRE</b>	Cervical	<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"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ≥ 2	(*) Cocher cette case si le FLAIR a été fait : <input type="checkbox"/>	
	Dorsolombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>NERF OPTIQUE</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

COMPARAISON AVEC IRM PRÉCÉDENTE

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

**- 2c. Le patient reçoit-il encore le Tysabri ?  Non  Oui > Si non, quel est le motif de l'arrêt ?**

Arrêt programmé  Intolérance locale  Intolérance générale  
 Intolérance biologique  Absence d'efficacité  Convenance personnelle  
 Désir de grossesse / grossesse  Effet indésirable  Autre.....

**- 2d. Une recherche des anticorps anti-natalizumab a-t-elle été effectuée ?  Non  Oui**

• Raison : .....  Intolérance.....  Inefficacité.....  Systématique

• Prélèvement initial Date | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

Résultat  Positif  Négatif

• Prélèvement de confirmation Date | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ |

(à 6 semaines) Résultat  Positif  Négatif

**- 2e. Dosage Virus JC ?** Date | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | ou  Non fait

Résultat  Positif  Négatif

**3. Grossesse, allaitement**

**- 3a. S'il s'agit d'une femme, la patiente est-elle enceinte ?  Non  Oui**  
 Si oui, remplir la fiche « grossesse, allaitement »

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

Merci de faxer cette fiche au centre  
 Coordinateur EDMUS au 04 72 12 97 14