Fiche minimale OFSEP

Date de remplissage de la fiche Jour ☐☐ Mois ☐☐ Année ☐☐☐☐ **Neurologue** ☐

CONSENTEMENTS (cf. le formulaire de recueil des consentements pour les détails)

	Clinique	Imagerie	Biologie
Date de soumission ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐			
Date de signature ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	◯ Accord ◯ Refus	◯ Accord ◯ Refus	◯ Accord ◯ Refus

DONNÉES PERSONNELLES

Nom ☐ IPP ☐

Nom de naissance ☐ Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ◯ Homme ◯ Femme

Prénom ☐

Lieu de naissance : Pays ☐ Code postal ☐ Commune ☐

Lieu de résidence au début de la maladie : Pays ☐ Département ☐

Lieu de résidence : Pays ☐ Code postal ☐ Commune ☐

Début de prise en charge dans le service ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐ Décédé, date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES - Niveau d'éducation

- ◯ 0. Inférieur au primaire
- ◯ 1. Primaire
- ◯ 2. Premier cycle du secondaire (collège)
- ◯ 3. Second cycle du secondaire (lycée) (sans précision)
  - ◯ 34. Second cycle du secondaire/général (baccalauréat)
  - ◯ 35. Second cycle du secondaire/professionnel (p. ex. CAP, BEP, bac pro)
- ◯ 4. Post-secondaire, non-supérieur (p. ex. DAEU, BP, DEETS)
- ◯ 5. Enseignement supérieur de cycle court (p. ex. DUT, BTS)
- ◯ 6. Licence ou équivalent
- ◯ 7. Master ou équivalent (incl. doctorat médecine, diplôme d'ingénieur)
- ◯ 8. Doctorat ou équivalent
- ◯ 9. Non classé ailleurs (p. ex. apprentissage informel)

FAMILLE

Antécédents familiaux de SEP ◯ ? ◯ Non ◯ Oui

Nombre d'enfants ☐ Dates de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ANTÉCÉDENTS & COMORBIDITÉS

Antécédents personnels de cancer ◯ ? ◯ Non ◯ Oui Oui, date de début ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Antécédents personnels de LEMP ◯ ? ◯ Non ◯ Oui Oui, date de début ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Si oui, précisez les détails dans la Fiche minimale OFSEP "Événement Indésirable Grave"

DIAGNOSTIC

☐ Pré-RIS (validé par le groupe expert) ☐ RIS (validé par le groupe expert) ☐ NMOSD

Lors de la visite d'inclusion, merci de compléter : *l'historique des épisodes neurologiques, la date et le résultat de l'IRM la plus récente, l'historique des traitements de fond.*

HISTORIQUE DES ÉPISODES NEUROLOGIQUES

Depuis la dernière consultation, le patient a-t-il eu un épisode neurologique ? ◯ ? ◯ Non ◯ Oui

Phase rémittente : A *1re poussée* ; B *Nouvelle poussée*

Phase progressive : C *Sans poussée inaugurale* ; D *Avec poussée inaugurale* ; E *Poussée surajoutée*

P *Pseudo-poussée*

Merci d'accorder une **importance particulière** à la date et à la sémiologie des **deux premières poussées** et au **début de la phase progressive.**

Collecte optionnelle.

Date (JJ/MM/AAAA)	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Type de l'épisode (A, B, C, D, E / P)	☐	☐	☐	☐	☐
Sémiologie de l'épisode					
Inconnue	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles marche/équilibre	☐	☐	☐	☐	☐
Moteur : membres supérieurs	☐	☐	☐	☐	☐
Moteur : membres inférieurs	☐	☐	☐	☐	☐
Sensitif	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles miction/défécation	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles sexuels	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles oculomoteurs	☐	☐	☐	☐	☐
Vestibulaire/Cochléaire	☐	☐	☐	☐	☐
Atteinte motrice du visage	☐	☐	☐	☐	☐
Atteinte sensitive du visage	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles parole/déglutition	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles cognitifs	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles psychiatriques	☐	☐	☐	☐	☐
Symptômes paroxystiques	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue	☐	☐	☐	☐	☐
Autres symptômes & signes	☐	☐	☐	☐	☐
Névrite optique	☐	☐	☐	☐	☐
Myélite	☐	☐	☐	☐	☐
Syndrome de l'area postrema	☐	☐	☐	☐	☐
Syndrome aigu du tronc cérébral	☐	☐	☐	☐	☐
Narcolepsie symptomatique / sd. diencéphalique	☐	☐	☐	☐	☐
Syndrome encéphalitique	☐	☐	☐	☐	☐
ADEM	☐	☐	☐	☐	☐
Traitement de la poussée *Non / Oui*	◯–◯	◯–◯	◯–◯	◯–◯	◯–◯
Si oui, corticoïde / plasmaphérèse	☐	☐	☐	☐	☐
Date (JJ/MM/AAAA)	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Nom, Prénom _____ Date de naissance Jour Mois Année

ÉVALUATION CLINIQUE

Date de l'examen (Jour Mois Année) **EDSS** **DSS**

Y-a-t-il eu progression de la maladie selon Lublin 2014 au cours des 12 mois précédant cette évaluation clinique ? (indépendamment des poussées) ◯ ? ◯ Non ◯ Oui

HISTORIQUE DU HANDICAP IRRÉVERSIBLE LIÉ À LA SEP (DSS de Kurtzke)

Score		Jour Mois Année	Date inconnue
4	Marche sans aide ; PM limité mais > 500 mètres d'une traite		☐
6	Marche avec aide unilatérale permanente ; PM < 100 mètres d'une traite		☐
7	Confiné à l'intérieur ; quelques pas à l'aide des murs et meubles ; PM < 20 mètres d'une traite		☐
8	Confiné au fauteuil ; incapable de faire un pas ; mouvements utiles des membres supérieurs		☐

ÉVALUATION PARACLINIQUE

POTENTIELS ÉVOQUÉS VISUELS :

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Index IgG augmenté

Bandes oligoclonales

Index Kappa ◯ Négatif ◯ Positif (seulement si valeur de l'index non disponible)

☐ Non calculable Valeur .

ÉVALUATION PARACLINIQUE : IRM

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

IRM CÉRÉBRALE

Date IRM : (Jour Mois Année)

Date IRM de comparaison :

Aggravation : ? | Oui | Non — Si aggravation : Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

T2 FLAIR/PD

Nombre de lésions						
Supratentorielles	?	Neg	Pos			
Périventriculaires	?	0	1	2	≥ 3	
(Juxta)corticales	?	0	≥ 1			
Autres supratentorielles	?	0	≥ 1			
Infratentorielles	?	Neg	Pos			
TOTAL	?	0	< 9		≥ 9	(Collecte optionnelle)

? | Oui | Non — Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

T1 / Gadolinium

Nombre de lésions				
Supratentorielles	?	Neg	Pos	
Périventriculaires	?	0	≥ 1	
(Juxta)corticales	?	0	≥ 1	
Autres supratentorielles	?	0	≥ 1	
Infratentorielles	?	Neg	Pos	
TOTAL	?	0	≥ 1	

? | Oui | Non — Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

Centre de ressource en imagerie

Lieu de stockage de l'IRM ◯ PACS ◯ CD/DVD/disque dur

IRM MÉDULLAIRE

Date IRM : (Jour Mois Année)

Date IRM de comparaison :

Aggravation : ? | Oui | Non — Si aggravation : Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

T2 STIR/PD

Cervicales	?	Neg	Pos	
Nombre de lésions	?	0	1	≥ 2
Jonction cervico-dorsale	?	Neg	Pos	
Dorsolombaires	?	Neg	Pos	
Nombre de lésions	?	0	1	≥ 2
TOTAL	?	0	1	≥ 2

? | Oui | Non — Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

T1 / Gadolinium

Cervicales	?	Neg	Pos	
Jonction cervico-dorsale	?	Neg	Pos	
Dorsolombaires	?	Neg	Pos	
TOTAL	?	0	≥ 1	

? | Oui | Non — Nouvelles lésions ☐ En expansion ☐

Centre de ressource en imagerie

Lieu de stockage de l'IRM ◯ PACS ◯ CD/DVD/disque dur

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 traitements d'induction/pulsés (alemtuzumab, cladribine, ocrelizumab, rituximab, inébilizumab...), saisir toutes les prises en mode « Dates d'administration » dans la même séquence thérapeutique jusqu'au changement de posologie ou l'arrêt du traitement.

15 derniers traitements :

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	Evénement Indésirable Grave	Arrêt programmé	Convenance personnelle	(Désir de) grossesse	Autre
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐