# 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 ___

Prénom ___ ○ Homme ○ Femme

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 (Dates de positivation)

| | | Jour | Mois | Année |
|---|---|---|---|---|
| **POTENTIELS ÉVOQUÉS** | Visuels | | | |
| **LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN** | Index IgG augmenté | | | |
| | Bandes oligoclonales | | | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |