Fiche minimale OFSEP

Date de remplissage de la fiche (Jour / Mois / Année) ____ ____ ____ **Neurologue** ____

CONSENTEMENTS

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

Date de soumission ____ ____ ____ Clinique ○ Accord ○ Refus Imagerie ○ Accord ○ Refus Biologie ○ Accord ○ Refus

Date de signature ____ ____ ____

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 ○ Ne sait pas ○ Non ○ Oui

Nombre d'enfants ____ Dates de naissance ____ ____ ____ ____

ANTÉCÉDENTS & COMORBIDITÉS

Antécédents personnels de cancer ○ Ne sait pas ○ Non ○ Oui Oui, date de début ____ ____ ____

Antécédents personnels de LEMP ○ Ne sait pas ○ Non ○ Oui Oui, date de début ____ ____ ____

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

DIAGNOSTIC

☐ Pré-RIS (confirmé par le groupe expert) ☐ RIS (confirmé 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						
Ne sait pas	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Troubles marche/équilibre	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gêne motrice des membres supérieurs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gêne motrice des 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 et signes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Névrite optique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Myélite	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Syndrome de l'area postrema	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Traitement de la poussée *Non / Oui*	○–○	○–○	○–○	○–○	○–○	○–○
Si oui, corticoïde / plasmaphérèse	☐–☐	☐–☐	☐–☐	☐–☐	☐–☐	☐–☐
Date (JJ/MM/AAAA)						

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

Nom, Prénom _____ Date de naissance Jour ___ Mois ___ Année _____

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 ___ ___ _____

☐ Non calculable Valeur ___.___

○ Négatif ○ Positif *(seulement si valeur de l'index non disponible)*

ÉVALUATION PARACLINIQUE : IRM

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

CÉRÉBRALE

Date IRM : Jour ___ Mois ___ Année _____

Supratentoriel

Infratentoriel

T1/Gado NF	T1/Gado Nég.	T1/Gado Pos.	T2/PD/FLAIR NF	T2/PD/FLAIR Nég.	T2/PD/FLAIR Pos.
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○

Nombre de lésions T2/PD/FLAIR

Périventriculaires	Juxtacorticales	Total
○ ?	○ ?	○ ? ○ 0
○ 0 ○ 1	○ 0	○ < 9 ___ ○ ≥ 9
○ 2 ○ ≥ 3	○ ≥ 1	(Collecte optionnelle)

Date IRM de comparaison : Jour ___ Mois ___ Année _____

Aggravation ○ ? ○ Non ○ Oui — ☐ En expansion ☐ Nouvelles lésions

Nouvelle(s) lésion(s) T1/Gado ☐ T2/PD/FLAIR ☐

Centre de ressources en imagerie _____

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

MÉDULLAIRE

Date IRM : Jour ___ Mois ___ Année _____

Cervical

Dorsolombaire

NF	Nég.	Pos.	NF	Nég.	Pos.
○	○	○	○	○	○
○	○	○	○	○	○

Total

○ ? ○ 0 ○ 1 ○ ≥ 2

Date IRM de comparaison : Jour ___ Mois ___ Année _____

Aggravation ○ ? ○ Non ○ Oui — ☐ En expansion ☐ Nouvelles lésions

Nouvelle(s) lésion(s) T1/Gado ☐ T2/PD/FLAIR ☐

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 l'alemtuzumab, la cladribine, l'ocrelizumab et le rituximab, saisir chaque cure ou administration comme une séquence thérapeutique (dates de début et de fin).

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
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐