

NOM, Prénom :

Date de naissance :

ÉVALUATION PARACLINIQUE

Jour Mois Année

IRM

Date :

	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
CÉRÉBRALE <input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ANORMALE : Supratentorial Infratentorial										Total ○ < 9, préciser nbre exact : <input type="text"/> ○ ≥ 9 <input type="checkbox"/> Lésions confluentes	0 ○ 1 ○ 2 ○ ≥ 3 ○	0 ○ ≥ 1 ○
MÉDULLAIRE Cervical Dorsolombaire										Total ○ 0 ○ 1 ○ ≥ 2	Lésion ≥ 3 segments : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
NERF OPTIQUE												

Jour Mois Année

POTENTIELS ÉVOQUÉS

Date :

Visuels	Non fait	Normal	Anormal	DROITE GAUCHE	Non fait	Normal	Anormal
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jour Mois Année

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Date :

Leucocytes	<input type="checkbox"/> Non fait	Nombre exact : <input type="text"/>	PNN, nombre exact : <input type="text"/>
Biochimie	Protéines totales : <input type="text"/> LCR (mg/l) <input type="text"/> Sérum (g/l) Albumine : <input type="text"/> LCR (mg/l) <input type="text"/> Sérum (g/l) IgG : <input type="text"/> LCR (mg/l) <input type="text"/> Sérum (g/l)		Index IgG : <input type="text"/>
Bandes oligoclonales	<input type="checkbox"/> Non fait	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ambigu

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS IMMUNOACTIFS

Nom du médicament	Date de début			Date d'arrêt			Raison de l'arrêt	Commentaire
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arrêt programmé <input type="checkbox"/> Intolérance locale <input type="checkbox"/> Intolérance générale <input type="checkbox"/> Intolérance biologique <input type="checkbox"/> Absence d'efficacité <input type="checkbox"/> Convenance personnelle <input type="checkbox"/> Effet indésirable grave <input type="checkbox"/> Autre(s)	