

## FORMULAIRE RCP MATHEC : SCLEROSE EN PLAQUES (SEP)

Ce formulaire, ainsi que ceux concernant les autres maladies auto-immunes, est téléchargeable au lien suivant : <https://www.mathec.com/soignants/rcp-mathec/>

Pour chaque patient atteint de SEP, merci de compléter ce formulaire pour chaque patient que vous souhaitez présenter à la RCP MATHEC et de le faire parvenir 2 jours au moins avant la date souhaitée d'évaluation en RCP à l'adresse suivante : [valentina.unfer@aphp.fr](mailto:valentina.unfer@aphp.fr) ou par fax au **01.42.49.94.78**

### Médecin Demandeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

### Neurologue référent (si différent)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'hôpital: \_\_\_\_\_  
Téléphone: \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

### Patient présenté

Nom de Naissance : \_\_\_\_\_ Nom Usuel : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## Histoire de la maladie

SEP-RR  SEP-SP  Date \_\_/\_\_/\_\_\_\_ SEP-PP

**Histoire de la maladie** (joindre le graphique EDMUS en annexe)

### Début de la maladie

Date de début de la maladie \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Poussées (compléter annexe si besoin)

Date de la 2<sup>ème</sup> Poussée \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Date des 3 dernières Poussée \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Nombre de poussées depuis 1 an \_\_ depuis 2 ans \_\_  
Nombre total de poussées \_\_

### EDSS (compléter annexe si besoin)

EDSS actuel \_\_ EDSS il y a un an \_\_  
EDSS 4  non  oui Date \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Evolution SP  non  oui

### Périmètre de marche (PM) (compléter annexe si besoin)

PM actuel \_\_\_\_ m  
PM il y a un an \_\_\_\_ m  
PM il y a 2 ans \_\_\_\_ m  
Canne  non  oui Date \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Activité IRM de la maladie

**Encéphalique**  non  oui  
NE T2 \_\_ G+T1 \_\_ Date IRM1\* \_\_/\_\_/\_\_\_\_ IRM2\* \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Médullaire**  non  oui  
NE T2 \_\_ G+T1 \_\_ Date IRM1\* \_\_/\_\_/\_\_\_\_ IRM2\* \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\* IRM1 : IRM de référence IRM2 : IRM actuelle

**Traitements reçus** (compléter annexe si besoin)

<b>Natalizumab</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
<b>Alemtuzumab</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
<b>Anti-CD20</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
<b>Mitoxantrone</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _

**Traitement de fond actuel**

## Etat clinique à la dernière évaluation

Date : .... / ... / 20....

**Poids :**

**Taille :**

### Au plan cardiovasculaire

PAS : .....mmHg

PAD : .....mmHg

Fréquence cardiaque : .....batt/min

ECG : .....

### Echographie cardiaque :

Date : / /

FEVG : .....%

FR : .....%

PAPsys : .....mmHg

Vit d'IT : .....m/s

Dilatation des cavités : .....

Insuffisance valvulaire : .....

Epanchement péricardique : .....

HTAP : .....

**IRM Cardiaque\*** :

non

oui

Date...../...../20.....

Résultat : .....

**\*si ATCD de traitement par mitoxantrone**

### Au plan pulmonaire

**Tabagisme :**  jamais  actuel  passé

Paquets Année: .....

Date sevrage .... / ... / .....

**Scanner thoracique :**  non  oui

Date...../...../20.....

Résultat : .....

### Epreuves fonctionnelles respiratoires

Date...../...../20.....

Débit/volume	% Théorique
CVF	
VEMS	
VEMS/CV max	
<b>Spirométrie lente</b>	
CV max	
CPT	
VR	
<b>Diffusion</b>	
DLCO corrigée	
DLCO/VA corrigé	

Conclusion : .....

### Echographie de Vessie et haut appareil

Date...../...../20.....

Résidu post-mictionnel

non

oui

volume du RPM : \_\_\_ ml

Vessie neurologique

non

oui

Dilatation pyelocalicielle

non

oui

### TDM Sinus + Consultation ORL:

Date : / /

### Panoramique dentaire + consultation stomatologie :

Date : / /

### Consultation gynécologie + mammographie:

Date : / /

### Au plan biologique

Date : / /

**Biochimie :** Hb : .....g/dl GB : ...../mm<sup>3</sup> Plaquettes : ...../mm<sup>3</sup> Lymphocytes : ..... /mm<sup>3</sup>  
 CD3 : ..... /mm<sup>3</sup> CD4 : ..... /mm<sup>3</sup> CD8 : ..... /mm<sup>3</sup> CD19 : ..... /mm<sup>3</sup>  
 Gly à jeun : .....g/l Créat .....µmol/l Albumine .....g/l ASAT .....mmol/l ALAT .....mmol/l  
 CRP : .....mg/l fibrinogène : .....g/l

**Immuno Electrophorèse sang :** hypogammabuloline  non  oui Gammaglobuline .....g/l

### **Bilan infectieux :**

		Sérologie		PCR	
		Résultat	Date	Résultat	Date
VIH 1/2 Ag+Ac					
JCV					
CMV					
EBV					
HBV	Ac HBs				
	Ag HBs				
	Ac HBc				
	Ac HBe				
HCV					
HHV8					
HSV1/2					
Toxoplasmose					
TPHA / VDRL					

Vaccination Hépatite B :  non  oui

Vaccination antipneumococcique :  non  oui

Vaccination antigrippale :  non  oui

Annexe  
Graphique EDMUS

