

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 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^{ème} 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)

Natalizumab	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
Alemtuzumab	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
Anti-CD20	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Date début _/ _/ _	Date fin _/ _/ _
Mitoxantrone	<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	
Spirométrie lente	
CV max	
CPT	
VR	
Diffusion	
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 :/mm³ Plaquettes :/mm³ Lymphocytes : /mm³
 CD3 : /mm³ CD4 : /mm³ CD8 : /mm³ CD19 : /mm³
 Gly à jeun :g/l Créatµmol/l Albumineg/l ASATmmol/l ALATmmol/l
 CRP :mg/l fibrinogène :g/l

Immuno Electrophorèse sang : hypogammabuloline non oui Gammaglobulineg/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

