

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 : melissa.esteves@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 : _____

Patient déjà présenté en RCP MATHEC : non oui

Si oui :
Date : _____
Conclusion dernière RCP : _____

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 inflammatoire IRM de la maladie (selon les critères de Lublin et al., 2014)

Encéphalique non oui

Nouvelle lésion ou élargissement T2 __ G+T1 __

Date IRM1* __/__/____ IRM2* __/__/____

Médullaire non oui

Nouvelle lésion ou élargissement T2 __ G+T1 __

Date IRM1* __/__/____ IRM2* __/__/____

* IRM1 : IRM de référence IRM2 : IRM actuelle

Activité inflammatoire clinique de la maladie (selon les critères de Lublin et al., 2014)

Poussée dans l'année non oui

Aggravation clinique dans l'année non oui

Commentaire :

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 pyélocalicielle 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 : hypogammablobuline 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

