

Recherche d'anticorps anti-AQP4 (SAQUA4) anti-MOG (SMOG)

Identité du patient	NOM : _____	Date de naissance : _____
	Prénom : _____	<input type="text"/> Jour <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Année
	Nom de naissance : _____	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Identité du médecin	NOM : _____	Tél. / fax : _____
	Prénom : _____	E-mail : _____
	Adresse postale : _____	
Antécédents du patient		
Maladie auto-immune : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Tumeur : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Historique des épisodes neurologiques					
Date	jj / mm / aa				
Névrite optique <i>Unilatérale / Bilatérale</i> <i>Oedème papillaire</i>	<input type="checkbox"/>				
Myélite <i>Étendue / Non étendue</i>	<input type="checkbox"/>				
Atteinte encéphalitique <i>ADEM / Encéphalite corticale / Autre</i>	<input type="checkbox"/>				
Syndrome du tronc cérébral	<input type="checkbox"/>				
Syndrome de l'area postrema	<input type="checkbox"/>				
Autres <i>Préciser</i>					
Traitements des épisodes neurologiques					
Traitement (Oui / Non)	<input type="checkbox"/>				
<i>Si oui préciser:</i> Corticoïdes	<input type="checkbox"/>				
Échanges plasmatiques	<input type="checkbox"/>				
Ig IV	<input type="checkbox"/>				
Récupération					
Complète / Partielle / Aucune	<input type="checkbox"/>				

Historique paraclinique					
IRM					Date
	T1/Gado		T2/FLAIR/DP/DIR		
	Positif	Négatif	Positif	Négatif	
IRM encéphalique					
Supratentorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>
Infratentorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRM médullaire					
Étendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>
IRM nerf optique					
Étendu (>50%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>
Atteinte chiasmatique (Oui/Non)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liquide céphalo-rachidien					
Leucocytes _____ /mm3	Lymphocytes _____ %		Polynucléaires neutrophiles _____ %		
Protéinorachie _____ /mm3					
Présence de bandes oligoclonales	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Non fait		

Une recherche d'anticorps a-t-elle déjà été réalisée ?	
Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>
Si oui : Anti-AQP4 <input type="checkbox"/> Résultat _____ Anti-MOG <input type="checkbox"/> Résultat _____	