

**Recherche d'autoanticorps associés aux neuropathies sensitives**

<b>NOM :</b>	
<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	
sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nom/prénom/ <u>mail du médecin</u> :	
Hôpital :	
<b>Date du prélèvement :</b> .....	_ _ _ _ _   2 0 _ _
<b>Date début des symptômes :</b> .....	_ _ _ _ _   _ _ _ _
<b>Mode d'installation :</b> .....	<input type="checkbox"/> aigu (< 2 mois) <input type="checkbox"/> subaigu (≥2 <6 mois) <input type="checkbox"/> progressif (≥ 6 mois)
<b>RANKIN au prélèvement</b>	
Pas de symptômes	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Symptômes mineurs	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Activité quotidienne un peu restreinte	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Activité quotidienne significativement restreinte	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Partiellement dépendant	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Totalemment dépendant	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>Score de neuropathie sensitive (merci de joindre l'ENMG si possible)</b>	Oui Non
Ataxie MI* ou MS* au début ou en phase d'état	<input type="checkbox"/> <sub>3,1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Distribution asymétrique au début ou en phase d'état	<input type="checkbox"/> <sub>1,7</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte non limitée aux MI à la phase d'état	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Au moins 1 SAP* absent ou 3 SAP <30% LLN* aux MS	<input type="checkbox"/> <sub>2,8</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Moins de 2 nerfs moteurs anormaux aux MI	<input type="checkbox"/> <sub>3,1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Total (ajouter les « oui »). SSN possible si &gt; 6.5</b>	_ _ _ _ _ _  / 12,7
<b>Diagnostic retenu</b>	Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>
<b>Ganglionopathie sensitive/neuropathie sensitive</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Autre forme de neuropathie sensitive et/ou sensitivo-motrice (si, oui)</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Polyneuropathie longueur dépendante	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Neuropathie des petites fibres	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Neuropathie trigéménée	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Autre, <b>précisez</b> : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Si, autre forme de neuropathie que ganglionopathie</b>	
Atteinte clinique <b>sensitive</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte clinique <b>motrice</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte clinique <b>membres inférieurs</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte clinique <b>membres supérieurs</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte clinique <b>symétrique</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Atteinte clinique <b>asymétrique</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>ENMG</b> <input type="checkbox"/> NON FAIT	<input type="checkbox"/> axonal <input type="checkbox"/> démyélinisant <input type="checkbox"/> mixte
<b>Contexte dysimmun associé (si, oui)</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Syndrome de Goujerot	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Lupus	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Rhumatisme inflammatoire	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Maladie inflammatoire de l'intestin	<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Gammopathie monoclonale, <b>précisez</b> : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Autre, <b>précisez</b> : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
<b>Traitement Immunomodulateur (si, oui)</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Précisez le (s) traitement(s) :</b> .....	
Effet du traitement :	<input type="checkbox"/> amélioration <input type="checkbox"/> stabilisation <input type="checkbox"/> dégradation

\*SAP Potentiel d'Action Sensitif ; LLN Limite basse de la Normalité ; MI/MS Membres Inf/sup