

ANTICORPS ANTI-FGFR3 ASSOCIE AUX NEUROPATHIES SENSITIVES

NOM du patient (ou étiquette) :

Prénom du patient :

Date de naissance : Sexe : M ₁ F ₂

Nom/prénom/mail du médecin référent :

Hôpital :

Renseignement patient

1. Date du prélèvement :

| | | | | 20 | |

Mode d'Installation

Oui Non

2. Date du début des symptômes:

| | | | | | | | | |

3. Aigu (< 2 mois) :

₁ ₀

4. Subaigu (≥ 2 mois < 6 mois) :

₁ ₀

5. Progressif (≥ 6 mois) :

₁ ₀

Score de neuropathie sensitive (merci de joindre l'ENMG si possible)

Oui Non

8. Ataxic MI ou MS au début ou phase d'état :

_{3,1} ₀

9. Distribution asymétrique au début ou phase d'état :

_{1,7} ₀

10. Atteinte non limitée aux MI à la phase d'état :

₂ ₀

11. Au moins 1 SAP absent ou 3 SAP < 30% LLN aux MS :

_{2,8} ₀

12. Moins de 2 nerfs moteurs anormaux aux MI :

_{3,1} ₀

13. TOTAL (ajouter les chiffres des « oui »). SSN possible si > 6,5 :

| | | | | / 12,7

Diagnostic retenu

Oui Non

14. Ganglionopathie sensitive/neuropathie sensitive:

₁ ₀

15. Autre forme de neuropathie sensitive :

₁ ₀

 Si oui, 15.1. Polyneuropathie longueur dépendante :

₁ ₀

 15.2. Polyradiculonévrite chronique inflammatoire
 démýélinisante :

₁ ₀

 15.3. Neuropathie des petites fibres :

₁ ₀

 15.4. Neuropathie trigémínée :

₁ ₀

 15.5. Autre :

₁ ₀

 Si oui, 15.5.1. Préciser : _____

16. Existe-t-il un contexte dysimmun associé.....

₁ ₀

 Si oui, 16.1. Syndrome de Goujerot.....

₁ ₀

 16.2. Lupus.....

₁ ₀

 16.3. Rhumatisme inflammatoire.....

₁ ₀

 16.4. Maladie inflammatoire de l'intestin.....

₁ ₀

 16.5. Gammopathie monoclonale.....

₁ ₀

 Si oui, 16.5.1. Préciser : _____

 16.6. Autre.....

₁ ₀

 Si oui, 16.6.1. Préciser : _____

17. Le patient a-t-il (ou a-t-il eu) un traitement immunomodulateur ?.....

₁ ₀

Si oui, 17.1. Préciser le traitement : _____

Si oui, 17.2. s'est-il amélioré, stabilisé, dégradé ? (entourer la bonne réponse)