

# ANTICORPS ANTI-FGFR3 ASSOCIE AUX NEUROPATHIES SENSITIVES

NOM du patient (ou étiquette) :	
Prénom du patient :	
Nom/prénom/ <u>mail du médecin prescripteur</u> :	
Hôpital :	
<b>Renseignement patient</b>	
1. Date de la visite (date du prélèvement) : .....	_ _ _ _ _  20 _ _ _
2. Date de naissance : .....	_ _ _ _ _  19 _ _ _
3. Sexe : .....	M <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> F <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
<b>Mode d'installation</b>	
	<b>Oui      Non</b>
4. Date du début des symptômes: .....	_ _ _ _ _   _ _ _ _ _
5. Aigu (< 2 mois) : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
6. Subaigu (≥ 2 mois < 6 mois) : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7. Progressif (≥ 6 mois) : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
<b>Score de neuropathie sensitive (merci de joindre l'ENMG si possible)</b>	
	<b>Oui      Non</b>
8. Ataxie MI ou MS au début ou phase d'état : .....	<input type="checkbox"/> <b>3,1</b> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9. Distribution asymétrique au début ou phase d'état : .....	<input type="checkbox"/> <b>1,7</b> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10. Atteinte non limitée aux MI à la phase d'état : .....	<input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11. Au moins 1 SAP absent ou 3 SAP < 30% LLN aux MS : .....	<input type="checkbox"/> <b>2,8</b> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12. Moins de 2 nerfs moteurs anormaux aux MI : .....	<input type="checkbox"/> <b>3,1</b> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13. TOTAL (ajouter les chiffres des « oui »). SSN possible si > 6,5 : .....	_ _ _ _ _ , _ _ _ _ _  / 12,7
<b>Diagnostic retenu</b>	
	<b>Oui      Non</b>
14. Ganglionopathie sensitive/neuropathie sensitive: .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15. Autre forme de neuropathie sensitive : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 15.1. Polyneuropathie longueur dépendante : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15.2. Polyradiculonévrite chronique inflammatoire démýélinisante : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15.3 . Neuropathie des petites fibres : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15.4 Neuropathie trigémínée : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
15.5 . Autre : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 11.5.1. Préciser : _____	
16 . Existe-t-il un contexte dysimmun associé.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 16.1. Syndrome de Goujerot.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16.2. Lupus.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16.3. Rhumatisme inflammatoire.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16.4 . Maladie inflammatoire de l'intestin.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
16.5 . Gammapathie monoclonale .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 16.5.1. Préciser : _____	
16.6 . Autre .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 16.6.1. Préciser : _____	
17. Le patient a-t-il (ou a-t-il eu) un traitement immunomodulateur ?.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Si oui, 17.1. Préciser : _____	
Si oui, 17.2. S'est-il amélioré ?.....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>