



# Institut Pasteur d'Algérie

Adresse : Route du petit Staouali ,Dely Brahim, Alger. Web : [www.pasteur.dz](http://www.pasteur.dz). Tél. : 021 37 26 74 - 021 36 35 88

DEPARTEMENT D'IMMUNOLOGIE  
LABORATOIRE D'IMMUNOCHIMIE ET DE NEURO-IMMUNOLOGIE  
UNITE DE NEURO-IMMUNOLOGIE

## Fiche de renseignements pour la Neuro-Myélite Optique « Recherche des anticorps anti aquaporine 4 »

### Identité du patient

Nom : .....	Date de naissance : ...../...../.....
Nom de jeune fille : .....	Origine géographique : .....
Prénom : .....	Numéro de téléphone : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé Structure : .....
Date du Prélèvement : ...../...../.....	<b>NB</b> : prélèvement sanguin sur tube sec

### Antécédents du patient

- Maladie auto-immune :  Non  oui Si oui, préciser : .....
- Tumeur :  Non  oui Si oui, préciser : .....

### Renseignements sur les épisodes neurologiques

- **Type de l'épisode** :  Phase rémittente  Phase progressive
- **Date de début de l'épisode** : ...../...../.....
- **Sémiologie de l'épisode** :
 

<input type="checkbox"/> Troubles sensitifs (douleurs, paresthésies)	<input type="checkbox"/> Troubles de la parole / la déglutition
<input type="checkbox"/> Troubles de la marche ou de l'équilibre	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs
<input type="checkbox"/> Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques
<input type="checkbox"/> Troubles sexuels	<input type="checkbox"/> Symptômes paroxystiques
<input type="checkbox"/> Troubles oculomoteurs	<input type="checkbox"/> Fatigue
<input type="checkbox"/> Vertiges, hypoacousie	<input type="checkbox"/> Autre(s) : si oui, préciser
<input type="checkbox"/> Vomissements	.....

### Syndrome clinique

- **myélite transverse** :  Non  oui →  Extensive  Non extensive
- **névrite optique** :  Unilatérale  Bilatérale →  Droite  Gauche

## Autres renseignements

- **IRM encéphalique :**            Normal    Anormal (préciser) .....
- **IRM médullaire :**            Normal    Anormal (préciser) .....  
Siège de lésion:            Cervical    Dorsale    Lombaire
- **Examen ophtalmologiques:** Acuité visuelle :..... Fond Œil : ..... champ visuel :.....
- **LCR :** Nb d'éléments: ..... Protéïnorachie :..... Bandes Oligoclonales :    Non    Oui
- **Anticorps anti-NMO :** Une recherche des anticorps anti-NMO a-t-elle déjà été réalisée ? :    Non    Oui  
Si (Oui) : date du prélèvement ...../...../..... Résultat :    Positif    Négatif   Technique utilisée :.....
- **Traitement**
  - Corticoïdes
  - Immunoglobulines IV
  - Echanges plasmatiques
  - Immunosuppresseur
  - Autre : .....

Médecin traitant