

## Formulaire d'inscription du patient

### Coordonnées du patient

Nom de famille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Matricule (CNS) \_\_\_\_\_

Rue, numéro \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Langue préférée des documents (par exemple, questionnaires, informations) ? (choix unique)

Français  Allemand  Anglais  Portugais

### Diagnostic médical

#### Diagnostic médical

- G20 – Maladie de Parkinson Préciser \_\_\_\_\_
- G21 – Parkinsonisme secondaire Préciser \_\_\_\_\_
- G23 – Parkinsonisme atypique Préciser \_\_\_\_\_
- G31 – Autres maladies dégénératives du système nerveux Préciser \_\_\_\_\_

#### Imagerie cérébrale (si disponible)

	Effectué ?	Date du dernier scan	Résultats succincts
<b>TDM</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>IRM</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>DaTscan</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

### Situation actuelle en matière de traitement et de soins de la MP

#### Types de médicaments dopaminergiques

- Aucun  L-DOPA  Agonistes de la dopamine  Amantadine  Inhibiteurs MAO-B
- Inhibiteurs COMT  Autres \_\_\_\_\_

Le patient prend-il 5 doses ou plus de L-DOPA par jour ?  Oui  Non

#### Le patient reçoit-il des "thérapies avancées" ?

Non  DBS  Pompe à duodopa  Pompe à apomorphine  Autre: \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ? (Questionnaire sur la mobilité fonctionnelle, point 1)

- N'a pas besoin d'aide  A besoin d'aide pour certaines activités  A besoin d'une aide constante

### Évaluation Clinique

Échelle modifiée de Hoehn et Yahr     0     1     1.5     2     2.5     3     4     5

<i>Examen neurologique (basé sur le MDS-UPDRS)</i>		<i>normal (0) très léger (1) léger (2) modéré (3) sévere (4)</i>					
<b>Symptômes non moteurs</b>	Troubles cognitifs (point 1.1)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Hallucinations et psychose (point 1.2)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>Symptômes moteurs</b>	Dysarthrie (parole, point 3.1)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Expression faciale (point 3.2)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Tapotement des doigts (point 3.4)	main droite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		main gauche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Se lever d'une chaise (point 3.9)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Marche (point 3.10)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Freezing of gait (point 3.11)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Équilibre/stabilité posturale (point 3.12)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Bradykinésie corporelle (point 3.14)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	Niveau de rigidité pour chaque zone affectée (point 3.3)	cou	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		membre supérieur droit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		membre sup. gauche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		membre inférieur droit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		membre inférieur gauche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Amplitude du tremblement de repos pour chaque zone affectée (point 3.17)	lèvre/mâchoire	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	membre supérieur droit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	membre sup. gauche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	membre inférieur droit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
Tremblement cinétique (point 3.16a)	main droite	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
	main gauche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	
<b>Complications motrices</b>	Présence d'un état OFF (point 4.3)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, le matin	<input type="checkbox"/> Oui, la journée			
	Si oui, nombre total d'heures en état OFF (point 4.3)	<input type="checkbox"/> <2 heures		<input type="checkbox"/> ≥2 heures			
	Présence de dyskinésies (point 4.1)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <1 heure	<input type="checkbox"/> Oui ≥1 heure			
	Si oui, niveau d'impact fonctionnel (point 4.2)	<input type="checkbox"/> (0) normal	<input type="checkbox"/> (1) très léger	<input type="checkbox"/> (2) léger			
		<input type="checkbox"/> (3) modéré	<input type="checkbox"/> (4) sévère				
<b>Nombre de chutes au cours des 12 derniers mois</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> ≥2				

### Recommandation sur le stade de la MP

**Instructions :** Sélectionner le stade de la maladie le plus approprié. Le stade le plus approprié est défini par le stade où la plupart des éléments caractéristiques du patient correspondent.

Stade	Caractéristiques du patient (info)
<input type="checkbox"/> <b>Diagnostic</b>	Suspicion de maladie AUCUN diagnostic de parkinsonisme confirmé (pour l'instant) ET Apparition de symptômes - bradykinésie ET tremblements et/ou rigidité
<input type="checkbox"/> <b>Précoce</b>	<b>H&amp;Y</b> ≤2 <b>Tapotement des doigts:</b> absence d'altération substantielle (MDS-UPDRS III-3.4≤1) <b>Marche:</b> absence de déficience substantielle (MDS-UPDRS III-3.10≤1) <b>Instabilité posturale:</b> absente (MDS-UPDRS 3.12=0)) <b>Chutes:</b> aucune <b>Dyskinésies:</b> absentes (MDS-UPDRS IV-4.1=0) <b>Fluctuations motrices:</b> absentes (MDS-UPDRS IV-4.3=0) <b>Traitement:</b> simple (1-2 médicaments dopaminergiques) <b>Déficience cognitive:</b> légère à nulle (MDS-UPDRS I-1.1≤1)
<input type="checkbox"/> <b>Modéré</b>	<b>H&amp;Y</b> =2.5-3 <b>Tapotement des doigts:</b> déficience substantielle (MDS-UPDRS III-3.4≥2) <b>Marche:</b> marche indépendante mais avec une déficience substantielle (MDS-UPDRS III-3.10=2) <b>Instabilité posturale:</b> présence d'une instabilité posturale très légère à légère (MDS-UPDRS III-3.12=1-2) <b>Chutes:</b> une au cours des 12 derniers mois <b>Dyskinésies:</b> présentes <1 heure par jour, sans impact fonctionnel (MDS-UPDRS IV-4.1 et MDS-UPDRS IV-4.2) <b>Fluctuations motrices:</b> présentes < 2 heures par jour (MDS-UPDRS IV-4.3) <b>Traitement:</b> traitement complexe (plus de 2 médicaments dopaminergiques) <b>Déficience cognitive:</b> légère à modérée (MDS-UPDRS I-1.1=2-3)
<input type="checkbox"/> <b>Avancé</b>	<b>H&amp;Y</b> =4 <b>Marche:</b> nécessite une aide technique pour marcher en toute sécurité mais pas une personne (MDS-UPDRS III- 3.10=3) <b>Instabilité posturale:</b> modérée à sévère (MDS-UPDRS III-3.12≥3) <b>Chutes:</b> récurrentes (>1 chute au cours des 12 derniers mois) <b>Dyskinésies:</b> présentes ≥1h par jour ou avec un impact fonctionnel (MDS-UPDRS IV-4.1 et MDS-UPDRS IV-4.2) <b>Fluctuations motrices:</b> présentes ≥2 heures OFF par jour (MDS-UPDRS IV-4.3) <b>Déficience fonctionnelle:</b> besoin d'aide pour certaines activités de la vie quotidienne (FMQ-point 1) <b>Traitement:</b> ≥5 doses de L-DOPA par jour ou thérapie avancée <b>Déficience cognitive:</b> sévère (MDS-UPDRS I-1.1=4)
<input type="checkbox"/> <b>Tardive</b>	<b>H&amp;Y</b> =5 <b>Marche:</b> ne peut pas marcher du tout ou seulement avec l'aide d'une autre personne (MDS-UPDRS III-3.10=4) <b>Déficience fonctionnelle:</b> a besoin d'une aide constante pour les activités de la vie quotidienne (FMQ-point 1)

Name and Signature

Stamp

Date

**Consentement du patient**

Je consens à être inscrit(e) au Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN).	<input type="checkbox"/>
Je consens à être contacté(e) par l'équipe de gestion des soins en vue de mon inscription au Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN).	<input type="checkbox"/>
Je consens à la transmission et l'échange du formulaire d'inscription entre mon médecin traitant et les professionnels de ParkinsonNet dans le but de mon inscription au Réseau de Compétences Maladies Neurodégénératives - ParkinsonNet (RdC- MN).	<input type="checkbox"/>
Je consens à ce que ce formulaire d'inscription ainsi que le rapport médical de mon neurologue, si disponible, soient automatiquement transférés dans le DSP (Dossier de Soins Partagé), si cela est techniquement possible.	<input type="checkbox"/>

*Nom et signature*

*Date*