

1. Coordonnées du déclarant				<input type="checkbox"/> Rapport initial	<input type="checkbox"/> Suivi
Nom du déclarant :			Courriel :		
Adresse :			Téléphone :		
			Télécopieur :		
Type :	<input type="checkbox"/> Médecin (spécialité) :		<input type="checkbox"/> Patient ou professionnel non médical :		
	<input type="checkbox"/> Pharmacien :		<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :		
Si le déclarant est un patient, a-t-il informé son médecin de l'exposition ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le patient vous a-t-il donné l'autorisation de contacter son professionnel de la santé ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez fournir les coordonnées du professionnel de la santé :					
Nom :		Rôle :		Téléphone :	
Adresse :				Courriel :	

2. Informations sur le patient			
Date de naissance (Jour/mois/année)	Âge Année/mois	Taille cm	Poids kg

3. Section sur les médicaments de l'entreprise									
	Nom	Teneur	Dose	Voie d'administration	Indication	Traitement Date de début (jour/mois/année)	Traitement Date de fin (jour/mois/année)	# lot	Date d'expiration
1.									
2.									
3.									

4. Information sur l'effet indésirable			
Effet indésirable	Date de début (jour/mois/année)	Date de fin (jour/mois/année)	Résultat
			<input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu <input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu avec séquelles <input type="checkbox"/> En rétablissement/En cours de résolution <input type="checkbox"/> Non rétabli/Non résolu <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Inconnu

5. Antécédents médicaux	
<p>Antécédents médicaux <i>(Indiquez tous les traitements ci-dessous)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de maladies intestinales inflammatoires Précisez le type Date du diagnostic Thérapies reçues • Malignité Précisez le type Date du diagnostic • Déficit immunitaire Virus de l'immunodéficience humaine (+/-) Si +, date du diagnostic Si (+), taux de CD4 (lors du diagnostic de LEMP) • Maladie du greffon contre l'hôte en cours (Oui/Non)
<p>Traitements antérieurs pour les maladies inflammatoires de l'intestin (MII) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Immunosuppression prolongée (c'est-à-dire plus de 8 semaines) (Oui/Non) Inclure les médicaments donnés, la dose, la voie d'administration, la fréquence, les dates de début et de fin pour chaque médicament ou traitement reçu
<p>Traitements antérieurs pour d'autres antécédents médicaux importants :</p>	

6. Maladie de la LEMP
<p>Signes et symptômes de la leucoencéphalopathie multifocale progressive (LEMP) <i>(indiquez la date d'apparition de chaque signe ou symptôme)</i></p>
<p>Examens neurologiques <i>(inclure la date et les résultats de chaque examen)</i></p>
<p>RM cérébrale/imagerie cérébrale <i>(inclure la date et les résultats de l'IRM et des autres types d'imagerie cérébrale ainsi que leurs résultats)</i></p>
<p>Résultats des ponctions lombaires <i>(documentez toutes les ponctions lombaires, et, en particulier, celle de la première présence (+) de l'ADN du JCV dans le liquide céphalorachidien [LCR])</i></p>
<p>Biopsie du cerveau <i>(inclure la date de la biopsie du cerveau et les points saillants du rapport pathologique, la preuve de la présence du JCV par immunohistochimie ou par analyse FISH)</i></p>

7. Test de laboratoire			
	Date (jour/mois/année)	Résultats	Valeurs de référence
Numération des globules blancs			
Numération différentielle des globules blancs			
Hémoglobine			
Hématocrite			
Numération plaquettaire			
Autre			
État des anticorps contre le virus JC			
ADN du virus de JC (dépistage du virus de JC ailleurs que dans le LCR)			

8. Diagnostic et traitement de la LEMP		
Date du diagnostic de la LEMP (jour/mois/année)	Échange plasmatique (PLEX)/ Immunoabsorption (IA) <input type="checkbox"/> PLEX <input type="checkbox"/> IA	Autres traitements de la LEMP (inclure le type de traitement par immunoabsorption (IA), la dose, la voie d'administration, la fréquence, les dates de début et d'arrêt de chaque traitement)
Date d'arrêt définitif du traitement par le térimflunomide (jour/mois/année)	Dates du traitement : Nombre de cycles :	

9. Suivi
Tout traitement d'une maladie sous-jacente après le diagnostic de la LEMP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifiez :
Issue de la LEMP : LEMP toujours en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non État clinique actuel du patient : Résultat de l'effet indésirable : <input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu avec séquelles <input type="checkbox"/> En rétablissement/En cours de résolution <input type="checkbox"/> Non rétabli/Non résolu <input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Inconnu
Si la LEMP a été fatale, indiquez la date du décès (jour/mois/année) : Cause du décès : Autopsie pratiquée (et rapport disponible) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

10. Complété par		
Nom :	Signature :	Date (jour/mois/année)