

**ATTEINTES NEUROLOGIQUES CENTRALES DE LA PR :
FORMULAIRE DE DECLARATION DE CAS**

MEDECIN DECLARANT LE CAS : Nom Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

PATIENT : Nom (3 1ères lettres) : |_|_|_| Prénom (3 1ères lettres) : |_|_|_|

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_| Sexe : F M

PR :

Date de diagnostic : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Erosions (Radio standard) : oui non ne sait pas

FR + : oui non ne sait pas

Anti-CCP + : oui non ne sait pas

Activité de la PR lors de l'atteinte neurologique : poussée rémission ne sait pas

ATTEINTE NEUROLOGIQUE CENTRALE DE LA PR :

Date de début des symptômes : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Date de diagnostic : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Type : leptoméningite autre, préciser : _____

IRM cérébrale : oui non ne sait pas

Biopsie cérébrale : oui non ne sait pas

Traitement (molécules, sans détailler) : _____

Evolution : décès séquelles neuro guérison sans séquelles autre : _____

Date des dernières nouvelles : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Merci de faxer cette fiche au 04 76 76 56 02 **à l'attention du Pr Gaudin**

Merci de votre collaboration !

Dr Mélanie Gilson et Pr Philippe Gaudin,
Service de rhumatologie, Hôpital Sud, Avenue de Kimberley, BP 338, 38 434 Echirolles cedex
Tel : 04 76 76 54 58 ; Fax : 04 76 76 56 02