



**SECTION 3 – PRÉSENTATION CLINIQUE**

3.1 Âge d'apparition des symptômes : \_\_\_ à la naissance \_\_\_\_\_ années / mois \_\_\_ Inconnu

3.2 Âge à la présentation : \_\_\_ à la naissance \_\_\_\_\_ années / mois \_\_\_ Inconnu

3.3 Au diagnostic :

3.3.1 Observations ou symptômes initiaux (cochez toutes les réponses applicables) :	Oui	Non	Inconnu
• Diplopie			
• Ptose			
• Troubles de déglutition ou de mastication			
• Hypotonie			
• Fatigue			
• Troubles respiratoires			
• Retard de développement			
• Autre (précisez) :			
3.3.2 Résultats de l'examen physique (cochez toutes les réponses applicables) :	Oui	Non	Inconnu
• Ptose unilatérale au repos ou conjointement avec un regard soutenu vers le haut			
• Ptose bilatérale au repos ou conjointement avec un regard soutenu vers le haut			
• Anomalies des mouvements extra-oculaires			
• Faiblesse faciale			
• Hypophonie / altération de la voix			
• Troubles d'articulation			
• Faiblesse du muscle fléchisseur du cou			
• Faiblesse de la ceinture scapulaire, augmentant avec mouvements répétitifs			
• Faiblesse de la hanche, augmentant avec mouvements répétitifs			
• Détresse respiratoire			
• Insuffisance respiratoire			
• Autre (précisez) :			

3.4 Les caractéristiques oculaires ont-elles précédé les symptômes bulbaires (visage ou gorge) ou des membres?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Inconnu \_\_\_ Dans l'affirmative, de combien de mois? \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – EXPLORATIONS DE LABORATOIRE**

4.1 Cochez toutes les réponses applicables :	Non effectué	Normal	Anormal	Résultats (en unités)
• Titres d'anticorps qui lient les récepteurs de l'acétylcholine*	___	___	___	_____
• Anticorps des récepteurs tyrosines kinases spécifiques du muscle (MuSK)*	___	___	___	_____
• Test au Tensilon <sup>MD</sup> (édrophonium)	___	___	___	_____
• Imagerie du thymus (tomodensitométrie ou IRM des poumons)	___	___	___	_____
• Études de conduction nerveuse (stimulation répétitive)	___	___	___	_____
• ÉMG de l'unité motrice	___	___	___	_____
• Tests de la fonction thyroïdienne*	___	___	___	_____

\* Veuillez préciser les unités

**SECTION 5 – AUTRES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERTINENTS**

5.1 Précisez les craintes ou problèmes médicaux concomitants :

---



---

**SECTION 6 – TRAITEMENTS INITIAUX**

6.1 Cochez toutes les réponses applicables. En cas de polythérapies, précisez la séquence de traitement.

	Dose	Durée	Séquence de traitement	Traitement en cours		Amélioration	
				Oui	Non	Oui	Non
Bromure de pyridostigmine							
Prednisone							
Immunoglobuline IV							
Plasmaphérèse							
Autre (précisez) :							
Thymectomie : Oui ___ Non ___							
Dans l'affirmative, type d'opération et résultat pathologique : _____							
_____							

**SECTION 7 – ISSUE**

7.1 Indiquez l'âge au dernier suivi : \_\_\_\_\_ mois / années

7.2 Issue au dernier suivi

7.2.1 Hospitalisation : Séjour total (jours) \_\_\_\_\_ Jours à l'unité de soins intensifs \_\_\_\_\_

Toujours hospitalisé \_\_\_

7.2.2 À domicile \_\_\_

7.2.3 État du patient :

- Entièrement rétabli ou en rémission \_\_\_\_\_
- Partiellement rétabli \_\_\_\_\_
- Non rétabli ou non-répondeur \_\_\_\_\_

7.2.4 Décédé \_\_\_\_\_

7.2.5 Inconnu \_\_\_\_\_

7.2.6 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_ J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.

\_\_\_ Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.

**SECTION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**

(MP 2010-01)