





**SECTION 3 – CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES (suite)**

3.8 L'épisode démyélinisant était-il précédé d'une infection dans le mois précédent? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Dans l'affirmative, un organisme a-t-il été isolé (précisez, le cas échéant) \_\_\_\_\_

3.9 L'enfant a-t-il été vacciné au cours du mois précédant l'épisode démyélinisant?

Dans l'affirmative, précisez le vaccin : \_\_\_\_\_ Date d'administration (mois/année) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
MM AAAA

3.10 Cet épisode démyélinisant était-il le PREMIER de l'enfant? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

3.11 Si c'était le PREMIER épisode :

Avez-vous discuté de la possibilité d'une démyélinisation récurrente (p. ex., sclérose en plaques) avec l'enfant ou sa famille? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

3.12 Si ce N'ÉTAIT PAS LE PREMIER épisode démyélinisant :

- combien d'autres épisodes démyélinisants l'enfant a-t-il vécus? \_\_\_\_\_
- les autres épisodes démyélinisants se sont-ils produits dans un délai d'un mois \_\_\_\_, de six mois \_\_\_\_ ou de plus de six mois \_\_\_\_ de l'épisode démyélinisant courant?
- le ou les autres épisodes démyélinisants comportaient-ils exactement les mêmes symptômes cliniques que l'épisode courant (p. ex., perte d'acuité visuelle dans le même œil les deux fois)?  
Oui \_\_\_ Non, les symptômes ont été différents dans le ou les autres épisodes démyélinisants \_\_\_\_

**SECTION 4 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

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

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

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

(SAD 2004-04)