



Fiche de données cliniques : MYASTHENIES SERONEGATIVES

Dr P.DEVIC (04 78 86 17 91), Dr P.PETIOT, Dr T.SIMONET, Pr L.SCHAEFFER

Nom usuel : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____ Sexe : _____	Médecin référent : _____ Centre préleveur : _____ Téléphone : _____
--	---

Date de début des symptômes : _____

MYASTHENIE OCULAIRE : OUI NON

MYASTHENIE GENERALISEE :

- Signes oculaires : OUI NON
- Signes bulbaires : OUI NON
- Signes squelettiques : OUI NON
- Osserman : _____ / 100

EMG :

- Décrément aux stimulations répétitives : OUI NON
- Fibre unique : OUI NON NON FAIT

ANTICORPS :

- AntiRach : OUI NON NON FAIT
- AntiMusk : OUI NON NON FAIT

THYMOME : OUI NON

TRAITEMENTS :

- Anticholinestérasiques => efficaces : OUI NON NON FAIT
- Immunosuppresseurs (dont corticoïdes) => efficaces : OUI NON NON FAIT
- Traitements immunosuppresseurs/immunomodulateurs antérieurs : _____