



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

**SCLE
ROSI
MULTI
PLA**

fondazione
italiana

un mondo
libero della SM

AI SM, INSIEME. UNA CONQUISTA DOPO L'ALTRA



CRF SOGGETTI NMOSD/MOGAD Adulti

Registro Italiano SM e
Patologie Correlate
Settembre 2023

Struttura Tecnico Operativa
Istituto Mario Negri IRCCS

Gruppo di lavoro:
Amato, Capobianco, Filippi,
Patti, Tortorella

INDICE

Schema riassuntivo	Pag. 2
Anagrafica	Pag. 3
Esordio e Diagnosi	Pag. 4
Visite	Pag. 5
Riacutizzazioni	Pag. 7
Eventi clinici	Pag. 8
Gravidanza	Pag. 9
Trattamenti (include specifici e sintomatici)	Pag. 11
Trattamenti non farmacologici	Pag. 11
Gestione Rischio Clinico	Pag. 12
Covid-19	Pag. 12
Co-morbilità	Pag. 13
Anamnesi patologica familiare	Pag. 13
Test e scale	Pag. 13
Emocromo, conta linfocitaria ed esami ematochimici di routine	Pag. 17
Esami ematochimici specifici	Pag. 18
Altri esami di laboratorio specifici	Pag. 19
Esami laboratorio Liquor	Pag. 20
Risonanza Magnetica	Pag. 21
Esami strumentali potenziali evocati	Pag. 24
Esami strumentali - EEG	Pag. 24
Esami strumentali - ECG	Pag. 25
Esami strumentali controllo pressione	Pag. 25
Visita oculistica	Pag. 25
Tomografia Ottica Computerizzata	Pag. 26
Altri esami	Pag. 26



Le pagine con questo simbolo sono da compilare al momento dell'inserimento del soggetto nel registro. Le altre pagine verranno proposte per la compilazione ad ogni successiva visita

Le voci contraddistinte da * sono obbligatorie

Schema riassuntivo

CRF cartacea

Fac simile per Web Application 3.0

Modulo Minimum Data Set

Identificazione Centro – Specialista

Identificazione paziente e record

Anagrafica

Esordio e Diagnosi

Visite

Riacutizzazioni

Trattamenti – informazioni minime

Anamnesi e Fattori di Rischio

- Co-morbilità
- Anamnesi Patologica Familiare

Valutazioni, Test e Scale

- Valutazione Cognitiva
- Valutazione NRS
- Foot Walk e Ambulation Index
- Scala Rankin Modificata
- Quality of life scale

Esami strumentali e di laboratorio

- Ematochimici di routine
- Ematochimici specifici
- Altri esami specifici
- Liquor
- RMN
- Potenziali Evocati
- EEG
- ECG
- Controllo Pressione
- Visite Oculistiche
- OCT – Tomografia Ottica Computerizzata
- Altri esami

Altre Info essenziali

- Gravidanza
- Gestione del rischio clinico
- Covid-19

ANAGRAFICA

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|_|



Denominazione breve del centro: _____

Denominazione completa del centro: _____

Data inserimento del paziente: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Anagrafica

Cognome*

Nome*

Data nascita*

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sesso*

|_| M |_| F

Etnia |_| africana |_| asiatica |_| caucasica

|_| innuita |_| ispanica |_| semita

Nazione Nascita* _____

Provincia Nascita* _____

Comune nascita* _____

Codice Fiscale*

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Scolarità

|_| nessuna

|_| elementare

|_| media inferiore

|_| media superiore

|_| laurea o titoli superiori

|_| d.n.

 Acquisito consenso informato**Status del paziente**

Paziente deceduto?

|_| SI |_| NO

Data decesso

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Paziente DropOut |_| SI

Data DropOut

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mostra informazione: Paziente i cui dati non sono più recuperabili

Note

Residenza

Nazione

Provincia

Comune

Indirizzo

CAP

Recapiti

Telefono fisso _____

Cellulare _____

Altro Recapito _____

E-Mail _____

Medico di Medicina Generale

Cognome _____

Nome _____

Telefono _____

E-Mail _____



Esordio

Data esordio |_|_|_|_|_|_|_|_|

Esordio ADEM-like |_|_| SI |_|_| NO
 Febbre all'esordio# |_|_| SI |_|_| NO
 Intervallo febbre- esordio (gg) |_|_|
 Vaccinazioni all'esordio# |_|_| SI |_|_| NO
 Intervallo vaccinazioni (gg) |_|_|
 Episodio Infettivo all'esordio# |_|_| SI |_|_| NO
 Intervallo ep. Infettivo (gg) |_|_|

Sintomatologia di esordio |_|_| monofocale |_|_| polifocale

Neurite Ottica |_|_| SI |_|_| NO
 Mielite |_|_| SI |_|_| NO
 Sindrome dell'Area Postrema |_|_| SI |_|_| NO

Mostra informazioni: attacchi ripetuti di nausea, vomito, singhiozzo incoercibili associati o meno ad altri sintomi neurologici

Sindrome Diencefalica Acuta |_|_| SI |_|_| NO
Mostra informazioni: Ipersonnia, narcolessia, disturbi della regolazione della temperatura anoressia e perdita di peso
 Sindrome Cerebrale Acuta con

lesioni encefaliche tipiche di NMOSD |_|_| SI |_|_| NO
Mostra informazioni: segni e sintomi neurologici acuti (ad es encefalopatia, crisi epilettiche, emiparesi, disturbi visivi corticali) causati da lesioni encefaliche tipiche di NMOSD

Sindrome Troncoencefalica Acuta |_|_| SI |_|_| NO
Mostra informazioni: segni e sintomi neurologici acuti (ad es alterazioni motilità oculare, segni da interessamento di vie lunghe, atassia) causati da lesioni troncoencefaliche tipiche di NMOSD

Meningoencefalite |_|_| SI |_|_| NO

Altri sintomi |_|_| SI |_|_| NO

Se sì specificare _____

Diagnosi

Data diagnosi |_|_|_|_|_|_|_|_|

Criterio conferma diagnosi:

|_|_| Diagnosi SM
 |_|_| NO SM
 |_|_| SM Possibile
 |_|_| SM secondo Mc Donald 2001
 |_|_| SM secondo Mc Donald 2010
 |_|_| SM secondo Mc Donald 2017

|_|_| NMOSD AQP4-positiva
 |_|_| NMOSD AQP4-negativa
 |_|_| MOGAD-patologie correlate
 |_|_| Altro se SI specificare

Data prima visita nel centro |_|_|_|_|_|_|_|_|

Note

1. Huda S, Whittam D, Bhojak M, Chamberlain J, Noonan C, Jacob A. Neuromyelitis optica spectrum disorders. *Clin Med (Lond)*. 2019;19(2):169-176.
2. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*. 2015;85(2):177-189.

VISITE Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|

Data visita* |_|_|_|_|_|_|_|_|

EDSS

EDSS calcolato |_|_|_|

Piramidale	0 1 2 3 4 5 6
Cerebellare	0 1 2 3 4 5
Troncoencefalico	0 1 2 3 4 5
Sensitiva	0 1 2 3 4 5 6
Sfinteriche	0 1 2 3 4 5 6
Visiva	0 1 2 3 4 5 6
Mentali	0 1 2 3 4 5
Deambulazione	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Peso [espresso in Kg – es. 85.5] _____

Altezza [espressa in metri – es. 180] _____

IMC [indice di massa corporea calcolato] _____

Stato occupazionale

I_|_ studente I_|_ disoccupato I_|_ attivo I_|_ casalinga I_|_ pensionato

Stato fumatore

I_|_ fumatore I_|_ ex-fumatore I_|_ mai fumatore

EDSS calcolato _____

Punteggio EDSS valutato dal clinico

0.0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5

L'EDSS calcolato fa riferimento all'algoritmo descritto in: John F. Kurtzke. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983;1444-1452.

Presenza di attività di malattia [da ritrovarsi in informazioni paziente]

Da un punto di vista clinico e sulla base dei criteri di attività della malattia (→help in linea), il paziente presenta, rispetto alla visita precedente, attività di malattia.

I_|_ SI I_|_ NO I_|_ IN ATTESA

Se sì per * :

* Possibile scelte multiple

I_|_ I progressione disabilità I_|_ attività radiologica I_|_ riacutizzazione clinica I_|_ altro

Spasmi spinali: I_|_ SI I_|_ NO

Mostra informazioni: Episodi parossistici caratterizzati da ipertono muscolare, posture anomale e dolore intenso in uno o più distretti, spesso provocati o meno da movimento o stimolazione sensitiva. (1)

1. Liu J, Zhang Q, Lian Z, et al. Painful tonic spasm in neuromyelitis optica spectrum disorders: Prevalence, clinical implications and treatment options. Mult Scler Relat Disord. 2017;17:99-102.

Safety

Il/La paziente ha sviluppato una neoplasia (escludendo le NMSC) dall'ultima visita? n.d. SI NO

Il/La paziente ha sviluppato una neoplasia cutanea non melanoma (NMSC) dall'ultima visita? n.d. SI NO

Il/La paziente ha sviluppato un Herpes Zoster (Fuoco di San Antonio) dall'ultima visita? n.d. SI NO

Il/La paziente ha sviluppato un'infezione grave o associata all'immunosoppressione dall'ultima visita? n.d. SI NO

Il/La paziente ha sviluppato altre condizioni patologiche di particolare rilievo dall'ultima visita? n.d. SI NO

Trattamento corrente e storia dei trattamenti (SI/NO DMT): n.d. SI NO

Il paziente è arruolato in uno studio clinico? SI NO

*se si, codice studio: (campo libero)

Note

Data Inizio Relapse* | | | | | | | | | |

Durata (gg) | | |

Sistema Funzionale Colpito

Sfinteri*	SI	NO
Tronco-encefalo*	SI	NO
Cervelletto*	SI	NO
Psichico*	SI	NO
Piramidale*	SI	NO
Sensitivo*	SI	NO
Visivo*	SI	NO
Altro sistema funzionale	specificare	

Trattamento*

Trattamento Cortisonico | | SI | | NO

Trattamento in regime Ambulatoriale | | SI | | NO

Trattamento in regime Ospedaliero | | SI | | NO

Trattamento Aferetico | | SI | | NO

Se si Immunoassorbimento | | SI | | NO

Plasma exchange | | SI | | NO

Trattamento con Immunoglobuline endovena | | SI | | NO

Vaccinazioni pre-relapse# | | SI | | NO

Intervallo vaccinazioni (gg) | | |

Episodio infettivo pre-relapse# | | SI | | NO

Intervallo ep. Infettivo (gg) | | |

#In caso di possibile correlazione clinica tra Febbre, Vaccinazioni o Episodio Infettivo e relapse

Presentazione Clinica

ADEM | | SI | | NO

Neurite Ottica | | SI | | NO

Mielite | | SI | | NO

Sindrome dell'Area Postrema | | SI | | NO

Sindrome Diencefalica Acuta | | SI | | NO

Sindrome Cerebrale Acuta con

lesioni encefaliche tipiche di NMOSD | | SI | | NO

Sindrome Troncoencefalica Acuta | | SI | | NO

Meningoencefalite | | SI | | NO

Altro | | SI | | NO

Specificare

Impatto sulle attività della vita quotidiana*

Recupero dopo relapse: Completo

Parziale

Nessun recupero

Non so

Impatto sulle ADL: | | NO | | SI | | NON SO

Gravità: Lieve

Moderata

Grave

Non so

Note

EVENTI CLINICI

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|

Data evento* |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Condizioni mediche* (codice LLT MedDRA – e codici PT, HLT, HLGT, SOC) _____

Gravità: lieve moderata grave rischio della vitaCondizioni mediche gravi NO SI, specificare

- causa del decesso mette a rischio la vita invalidità permanente/grave necessita/prolungata degenza in ospedale
- anomalia congenita/ difetto di nascita altra importante condizione medica

Esito: sconosciuto in corso guarigione decesso

Decesso correlato alla SM/NMOSD-MOGAD: |_|_| SI |_|_| NO

Data esito |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Correlato al trattamento: Non so improbabile possibile probabile certo

Relazione con il farmaco di eventuale trattamento in corso (selezionare possibile farmaco tra quelli in corso)

Decisione terapeutica dopo l'evento: cambio trattamento nessun farmaco specifico altro

Note

GRAVIDANZA Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|

Inizio gravidanza Test di gravidanza positivo* |_|_| si |_|_| no
 Data dell'ultima mestruazione* |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Data Inizio gravidanza* |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Data diagnosi gravidanza |_|_|_|_|_|_|_|_|

Fine gravidanza Gravidanza ancora in corso |_|_| si |_|_| no
 Data fine gravidanza |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Evento fine gravidanza (vedi tabella sotto):

Gravidanza a termine	Gravidanza pre-termine	Aborto Spontaneo	Interruzione elettiva
Parto Si No	Parto Si No		
N. figli nati vivi	N. figli nati vivi	N. settimane di gravidanza	N. sett. di gravidanza
N. figli nati morti	N. figli nati morti	Motivo interruzione <i>[campo a testo libero]</i>	Motivo interruzione <i>[campo a testo libero]</i>
Anomalie congenite: SI/NO	Anomalie congenite: SI/NO	Anomalie fetali: SI/NO	Anomalie fetali: SI/NO
<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>



Allattamento

Allattamento al seno |_|_| si |_|_| no

Data di inizio allattamento |_|_|_|_|_|_|_|_| Data di fine allattamento |_|_|_|_|_|_|_|_|

Allattamento esclusivo |_|_| si |_|_| no

Data di inizio allattamento esclusivo |_|_|_|_|_|_|_|_| Data di fine allattamento esclusivo |_|_|_|_|_|_|_|_|

Parto

Tipo parto |_|_| vaginale |_|_| cesareo |_|_| uso strumenti

Anestesia epidurale |_|_| sì |_|_| no

Peso alla nascita (kg) |_|_|_| Lunghezza alla nascita (cm) |_|_|_|_|

Apgar 5° minuto |_|_|_| Circonferenza cranica (cm) |_|_|_|_|

Complicanze per la gravidanza*

Periodo gravidanza I_I gravidanza I_I parto I_I interruzione

ICD9CM campo a testo libero _____

Data Inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|

Data Fine |_|_|_|_|_|_|_|_|

Note _____

Anomalie per la gravidanza*

Tipo anomalia I_I fetale I_I congenita

Eurocat _____

Note _____

Note _____

TRATTAMENTI

Paz. N° | | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

Nome del farmaco* (Elenco FarmaDati) _____

Codice ATC _____ Codice MinSan _____

Gestione del rischio clinico (solo per farmaci DMT) _____

Dose _____ U.M. _____

Frequenza somministrazione _____

Via di somministrazione Altro IM IV Orale SC

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Trattamento sospeso SI NOCausa sospensione Evento avverso# Reazione allergica Non tollerato Non aderenza Scelta/beneficio del paziente Persistenza di relapse Persistenza di attività MRI Gravidanza confermata Pianificazione di gravidanza Progressione di malattia Progressione di EDSS Termine del trattamento Mancanza di efficacia**Note** _____**TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI**

Nome del trattamento* (codice LLT MedDRA – e codici PT, HLT, HLG, SOC) _____

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Trattamento sospeso SI NOCausa sospensione Evento avverso# Reazione allergica Non tollerato Non aderenza Scelta/beneficio del paziente Persistenza di relapse Persistenza di attività MRI Gravidanza confermata Pianificazione di gravidanza Progressione di malattia Progressione di EDSS Termine del trattamento Mancanza di efficacia**Note** _____

Nel sistema Web-Application relativamente a farmaci specifici sono disponibili videate farmaco-specifiche riassuntive sul tipo di controlli richiesti nonché videate specifiche per l'inserimento dei dati

COVID-19

Data contatto |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nota: accertarsi di aver compilato la sezione Eventi Clinici registrando tutte le informazioni relative al Covid-19

- Modalità di contatto
- Visita in presenza
 - Contatto telefonico
 - Comunicazione via mail
 - Comunicazione via messaggistica (SMS, Whatsapp)
 - Telemedicina

Diagnosi confermata da test molecolare |_| SI |_| NO

Manifestazioni cliniche |_| Asintomatico |_| Sintomatico

Anticorpi anti SARS-COV2 |_| Negativo |_| Positivo

Se il paziente è sintomatico, è obbligatorio specificare almeno un sintomo:

Tosse |_| SI |_| NO

Stanchezza |_| SI |_| NO

Produzione di espettorato |_| SI |_| NO

Mal di gola |_| SI |_| NO

Mal di testa |_| SI |_| NO

Dolore alle ossa o alle articolazioni |_| SI |_| NO

Respiro corto |_| SI |_| NO

Congestione nasale |_| SI |_| NO

Brividi |_| SI |_| NO

Febbre |_| SI |_| NO

Altro |_| SI |_| NO

Altro, specificare _____

Note _____

CO-MORBILITÀ Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

INDICARE EVENTUALE PRESENZA DI CO-MORBILITÀ

Inserire Codice ICD 9 o descrizione e selezionare dai suggerimenti _____

Data inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|

In corso |_| SI |_| NO

Data fine |_|_|_|_|_|_|_|_|

Note _____

ANAMNESI PATOLOGICA FAMILIARE

Inserire Codice ICD 9 o

descrizione e selezionare dai suggerimenti*

Grado di parentela*^

Data inizio

In corso

Data fine

 SI NO SI NO SI NO SI NO

^Padre, Madre, Sorella, Fratello, Figlio, Figlia, Altro, specificare: _____

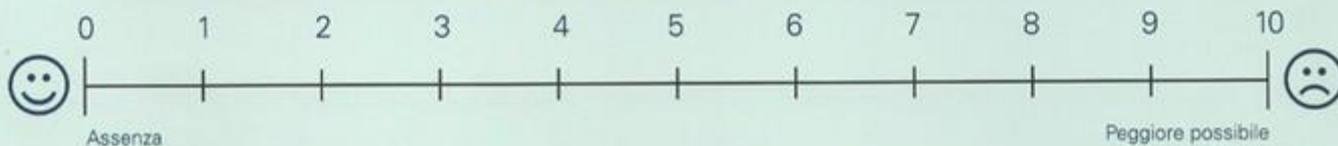
Note _____

TEST E SCALE

Data visita* |_|_|_|_|_|_|_|_|

Valutazione Numerical Rating Scale

Indichi nella scala l'entità della sua sintomatologia nell'ultima settimana, mettendo una croce in corrispondenza del livello medio in base al suo giudizio



Spasticità 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Sonno 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Vescica 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Dolore 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Complessivo 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Note _____

Paz. N° | | | | | | | | | | Codice identificativo del centro | | | | | | | | | |

Data anamnesi* | | | | | | | | | |

Valutazioni cognitive

Campo	Requisiti	Punteggio finale
SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST (range 0-110)	Il Symbol Digit Modalities Test è un test per l'attenzione sostenuta e la concentrazione. Per questa batteria di test neuropsicologici è applicata solo la versione orale. Punteggio: contare il numero di risposte corrette fornite nei 90 secondi.	_ _
Trail Making Test A <i>segnare il tempo sec.</i> Test B <i>segnare il tempo sec.</i>	Il Trail Making Test A e B valuta il modo di procedere in compiti di ricerca visiva e spaziale, indaga le capacità di attenzione del soggetto e la sua abilità nel passare velocemente da uno stimolo di tipo numerico ad uno alfabetico. Punteggio: registrare i secondi che il paziente impiega sia per la parte A che per la parte B.	_ _ _ _
Selective Reminding Test (range 0-72) SRT-LTS (range 0-72) SRT-CLTR (range 0-72) SRT-D (range 0-12)	Test di apprendimento verbale che permette di distinguere il recupero dalla memoria a breve dal recupero dalla memoria a lungo termine (SRT_LTS; Long Term Storage e SRT_CLTR : Consistent Long Term Retrieval). Il SRT esamina anche la consistenza del recupero dalla memoria a lungo termine Punteggio: elaborazione complessa da parte dell'esaminatore.	_ _ _ _ _ _

Campo	Requisiti	Punteggio finale
Fluenza Verbale per Categorie	Il test di fluenza verbale è uno degli strumenti volti a dare una misura della capacità di ricerca rapida di parole nel lessico interno. Punteggio: somma complessiva di parole prodotte nei 4 stimoli presentati, diviso per 4 .	_ _
Fluenza Verbale su Stimolo Fonemico	Il test di fluenza verbale è uno degli strumenti volti a dare una misura della capacità di ricerca rapida di parole nel lessico interno. Punteggio: somma delle parole prodotte nei 4 stimoli presentati.	_ _

Data del prelievo | | | | | | | | | |

Emocromo, Conta Linfocitaria

Leucociti	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Eritrociti	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Linfociti	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta linfocitaria inferiore ai limiti di norma	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule T	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule T CD4	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule T CD8	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule B CD 19	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule B CD 27	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Conta cellule NK	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Neutrofilii	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Monociti	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Eosinofili	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Basofili	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Piastrine	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Emoglobina	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____

Esami ematochimici di routine

Proteine totali	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Albumina	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Calcemia	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Urea	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Uricemia	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Creatinina	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
SGOT/AST	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
SGTP/ALT	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Gamma-GT	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Bilirubina	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Fosfatasi alcalina	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Amilasi	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____
Lipasi	U.M. (selezionare) _____	Normale I I NO I I SI	Commenti _____

ESAMI EMATOCHIMICI SPECIFICIData del prelievo **Funzionalità tiroidea**

Ab anti-microsomiali <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Ab- anti tireoglobulina <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
FT3 <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
FT4 <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
TSH <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____

Test sierologici

HBV-Antigene superficie virus Epatite B <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anticorpo anti-HCV <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anticorpo anti-HIV <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anticorpo anti-varicella <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anticorpo neutralizzante anti-IFN <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anticorpo neutralizzante anti VLA-4 <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
beta-hCG plasmatica (gonadotropina corionica) <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Esito <input type="text"/> <input type="text"/> Negativo <input type="text"/> <input type="text"/> Positivo	Commenti _____
Test Quantiferon TB Gold <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Test di Mantoux <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____

Test auto-anticorpi

ANA <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti- mitocondriale <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-mucosa gastrica <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-smooth muscale <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-Ro/ SSA <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
La <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Sm <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
RNP <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Scl-70 <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Jo1 <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-DNA <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
ANCA <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-LKM <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti-cardiolipina <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
LAC <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____
Anti- transglutaminasi <input type="text"/>	U.M. (selezionare) _____	Normale <input type="text"/> <input type="text"/> NO <input type="text"/> <input type="text"/> SI	Commenti _____

ALTRI ESAMI SPECIFICI

Data del prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ab anti-MOG |_| Negativo |_| Positivo

Titolo anticorpale: *campo numerico seguito da menu unità misura* (in tendina)

Test di laboratorio utilizzato (in tendina, scelta unica):

- CBA (Cell-Based Assay)
- FACS (Fluorescence-Activated Cell Sorting)
- ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay)
- IIF (Indirect ImmunoFluorescence)
- RIPA (RadioImmunoPrecipitation Assay)
- FIPA (Fluorescence ImmunoPrecipitation Assay)

Ab anti AQP4 |_| Negativo |_| Positivo

Titolo anticorpale: *campo numerico seguito da menu unità misura* (in tendina)

Test di laboratorio utilizzato (in tendina, scelta unica):

- CBA (Cell-Based Assay)
- FACS (Fluorescence-Activated Cell Sorting)
- ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay)
- IIF (Indirect ImmunoFluorescence)
- RIPA (RadioImmunoPrecipitation Assay)
- FIPA (Fluorescence ImmunoPrecipitation Assay)

Anticorpo anti-virus JC nel plasma |_| Negativo |_| Positivo

JCV Index (valore) |_|_|_|_|

Anti EBV-IgG |_| Negativo |_| Positivo

Titolo Anti_EBV_IgG (valore) |_|_|_|_|

Anti_EBV_IgM |_| Negativo |_| Positivo

DNA virale JC nelle urine |_| Negativo |_| Positivo

VES (valore) |_|_|_|_| U.M. (selezionare) _____

ACE (valore) |_|_|_|_| U.M. (selezionare) _____

Microglobulina beta-2 (valore) |_|_|_|_| U.M. (selezionare) _____

Vitamina D (valore) |_|_|_|_| U.M. (selezionare) _____

LDH (Lattico Deidrogenasi) (valore) |_|_|_|_| U.M. (selezionare) _____

Note _____

ESAMI LABORATORIO – LIQUOR

Data esame |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Liquor

Liquor cerebro-spinale:

- Traumatico Alterazione tipica per SM
 Normale Alterazione atipica per SM

Conta cellulare:

- Conta leucociti (/mm³) |_|_|_|_|
- Linfociti (%) |_|_|_|_|
- Granulociti (%) |_|_|_|_|
- Plasmacellule (%) |_|_|_|_|
- Eritrociti (/mm³) |_|_|_|_|

Valori ematochimici

Proteine (mg/l) |_|_|_|_|

Glucosio (mg/l) |_|_|_|_|

Albumina (mg/l) |_|_|_|_|

Q Albumina |_|_|_|_|

IgG (mg/l) |_|_|_|_|

Indice di IgG |_|_|_|_|

Effettuato esame del virus JC nel CFS? |_| NO |_| SI*

*Se SI, patologico |_| NO |_| SI

Effettuata ricerca Anticorpi anti-MOG nel CSF? |_| NO |_| SI*

*Se SI, presenti |_| assenti |_|

Altro: |_| NO |_| SI specificare _____

Bande oligoclonali: non effettuato bande oligoclonali assenti bande oligoclonali presenti*

*Numero bande presenti: |_|_|_| Bande oligoclonali sieriche e liquorali

Bande oligoclonali liquorali

Prelievo del siero non effettuato

Note _____

Informazioni minime, obbligatorie*

Data dell'esame | | | | | | | |

Tipo di magnete utilizzato: Non so 1.0 T 1.5 T 3.0 TArea SNC esaminata: encefalo tratto cervicale del midollo spinale tratto toracico del midollo spinale midollo spinale completoSomministrazione di Gadolinio#: Non so NO SI

Esame encefalo	Status	
Presenza di lesioni in T1	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio#	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	N° di lesioni in T1 Captanti Gadolinio Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999 + NON NOTO
Presenza di nuove lesioni o di lesioni aumentate di volume in T2 rispetto a RM precedente^	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	N° di lesioni T2 nuove e aumentate di volume Se non è noto il numero delle lesioni riportare il valore 999 + NON NOTO
Numero totale di lesioni in T2	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-2] <input type="checkbox"/> [3-8] <input type="checkbox"/> [≥9] <input type="checkbox"/> non noto	

La domanda è applicabile solo se Somministrazione di Gadolinio = SI

^ elenco della/e RM precedente/i presente a vista nella schermata della web application

In caso di RM Midollo Spinale: completo, cervicale, dorsale-

Esame Midollo Spinale	Status	
Presenza di lesioni in T1	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio#	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	N° di lesioni in T1 Captanti Gadolinio Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999 + NON NOTO
Presenza di nuove lesioni o di lesioni aumentate di volume in T2 rispetto a RM precedente^	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	N° di nuove lesioni o aumentate di volume in T2 Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999 + NON NOTO
Numero totale di lesioni in T2	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-2] <input type="checkbox"/> [≥3] <input type="checkbox"/> non noto	

La domanda è applicabile solo se Somministrazione di Gadolinio = SI

^ elenco della/e RM precedente/i presente a vista nella schermata della web application

RISONANZA MAGNETICA

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Lesioni a carico del nervo ottico (T1 Gd+ e/o T2)	Status	
Presenza di lesioni captanti Gadolinio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Presenza di lesioni iperintense in T2 a carico del nervo ottico	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Sede delle lesioni	<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> bilaterale	
Enhancement periottico	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
Localizzazione nervo ottico	<input type="checkbox"/> segmento anteriore (intraorbitale) <input type="checkbox"/> segmento poster (intra canalicolare/intracranico) <input type="checkbox"/> entrambi	
Estensione del danno	<input type="checkbox"/> <50 % del nervo ottico <input type="checkbox"/> > = 50% del nervo ottico	

Lesioni a carico del Chiasma/Tratto Ottico (T1 Gd+ e/o T2)	Status	
Presenza di lesioni captanti Gadolinio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Presenza di lesioni iperintense in T2	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	

Lesioni iperintense in T2 a carico del tronco encefalo	Status	Definizioni
In sede area postrema	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
In sede periependimale/periacqueduttale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Lesioni con aspetto "fluffy"	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	<i>Lesioni con contorni poco delimitati ed aspetto "cotonoso"</i>

Lesioni Iperintense in T2 a carico del diencefalo	Status	
Lesioni a carico del diencefalo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	

Lesioni iperintense in T2 a carico dell'encefalo	Status	
Lesioni peri-ependimali	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Lesioni pseudo-tumorali (>3 cm di diametro)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Lesioni dello splenio del corpo calloso	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Lesioni "SM-Like"	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	lesioni con orientamento perpendicolare alla superficie del ventricolo laterale (Dawson Fingers), lesioni adiacenti al ventricolo laterale in sede temporale inferiore, lesioni juxtacorticali coinvolgenti le fibre ad U, lesioni corticali
Lesioni aspecifiche (<1 mm di diametro)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	

Lesioni iperintense in T2 a carico del midollo spinale	Status	Sede	
Presenza di lesioni estese (>= 3 segmenti vertebrali)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]		
Presenza di lesioni corte (< 3 segmenti vertebrali)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]		
Lesioni a carico del midollo cervicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	<input type="checkbox"/> centromidollare <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> non so	
Lesioni a carico del midollo dorsale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Se si <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	<input type="checkbox"/> centromidollare <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> non so	
Lesioni con interessamento esclusivo della sostanza grigia ("H sign")	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON VALUTABILE		
Lesioni "bright spotty"	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON VALUTABILE		<i>lesioni localizzate nella sostanza grigia centrale, marcatamente iperintense nelle sequenze assiali T2-pesate talora associate a corrispondente ipointensità in T1</i>

Note

Carica allegato

ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO

ESAMI STRUMENTALI - POTENZIALI EVOCATI Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|_|

P.E.V.

Destra Normale Alterazione Non eseguito

Ampiezza (uV) |_|_|_|_|_| Latenza P100 (msec) |_|_|_|_|_|

Sinistra Normale Alterazione Non eseguito

Ampiezza (uV) |_|_|_|_|_| Latenza P100 (msec) |_|_|_|_|_|

Latenza nella norma (msec) |_|_|_|_|_|

P.E.A.

Destra Normale Alterazione Non eseguito

Sinistra Normale Alterazione Non eseguito

P.E.S.

Destra – Arto superiore Normale Alterazione Non eseguito

Destra – Arto inferiore Normale Alterazione Non eseguito

Sinistra – Arto superiore Normale Alterazione Non eseguito

Sinistra – Arto inferiore Normale Alterazione Non eseguito

P.E.M.

Destra – Arto superiore Normale Alterazione Non eseguito

Destra – Arto inferiore Normale Alterazione Non eseguito

Sinistra – Arto superiore Normale Alterazione Non eseguito

Sinistra – Arto inferiore Normale Alterazione Non eseguito

Note _____

ESAMI STRUMENTALI - EEG

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|_|

Status Normale Patologico

Se patologico: Attività di fondo patologica I_|_| NO I_|_| SI

Anomalie epilettiche I_|_| NO I_|_| SI

ESAMI STRUMENTALI - ECG Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|_|

Esito patologico |_| NO |_| SI

Ritmo cardiaco (battiti/min) |_|_|_|

Intervallo QTc (ms) |_|_|_|

Conduzione atrioventricolare normale |_| NO |_| SI Specificare _____

Aritmia |_| NO |_| SI

QRS (ms) |_|_|_|

Ripolarizzazione ventricolare normale |_| NO |_| SI

Note _____

ESAMI STRUMENTALI – CONTROLLO PRESSIONE

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|_|

Minima (mmHg) |_|_|_|

Massima (mmHg) |_|_|_|

Note _____

VISITA OCULISTICA Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|

Data visita |_|_|_|_|_|_|_|_|

Esito patologico |_| SI |_| NO

Acuità Visiva OD |_|_| / |10| OS |_|_| / |10| *Ndt. campo numerico trattasi di frazione es. 8/10*

Visus corretto OD |_|_| / |10| OS |_|_| / |10|

Campo Visivo

|_| Normale

|_| Lieve alterazione (con risparmio visione centrale)

|_| Moderata alterazione (con coinvolgimento dell'area centrale senza impatto significativo sull'acuità visiva)

|_| Marcata alterazione (esteso scotoma con interessamento dell'area centrale che impedisce esecuzione CVC)

Senso cromatico:

Tavole di Ishiara |_|_| / |17| (inserire il numero di tavole lette correttamente)

Fundus Esito patologico |_| SI |_| NO – Se si specificare _____

Riflessi fotomotori (RAPD) Esito patologico |_| SI |_| NO – Se si specificare _____

Note _____

TOMOGRAFIA OTTICA COMPUTERIZZATA

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_| Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|

Data visita |_|_|_|_|_|_|_|_|

Esito patologico SI NO (campo obbligatorio)

OD: (campo non obbligatorio)

RNFL Alterato

Normale

GCIP Alterato

Normale

OS:

RNFL Alterato

Normale

GCIP Alterato

Note

ALTRI ESAMI

Data Esame	Esame	Esito patologico	Note
_ _ _ _ _ _ _	Tipo (tendina con opzioni)*	SI/ NO/N.A.	Campo libero

* Elenco Altri esami:

Altre informazioni di rilievo; Analisi urine; Copertura anti-Herpetica; Indagine poli-patologie; Informazione al paziente; Screening anti-HPV; Screening anti-tumorale; Test per infezioni; Trattamento infezioni; Vaccinazioni; Valutazione psicologica; Verifica copertura vaccinale completa; Verifica di ipersensibilità; Visita dermatologica; RX torace.