



## QUESTIONNAIRE PARKINSON

MERCI D'ÉCRIRE AVEC UN **STYLO NOIR** ET EN **MAJUSCULES**,  
DE **NE PAS RAYER**, NI DE DÉBORDER DES CASES.

Votre patiente nous a signalé être suivie pour la maladie de Parkinson ou prendre un traitement antiparkinsonien. Nous vous contactons pour avoir plus d'informations. Merci de remplir ce questionnaire, **même en cas de décès de la patiente**, et de le renvoyer dans l'enveloppe T.

Merci également de joindre les courriers de consultation (en particulier de neurologues), les comptes rendus d'hospitalisation ou tout autre document permettant d'obtenir des informations cliniques complémentaires.

Pour toute information, vous pouvez joindre le Dr Alexis Elbaz (Inserm U1018) :  
alexis.elbaz@inserm.fr

Date de remplissage :

/  / 2 0

Jour

Mois

Année

### Identification du médecin qui remplit ce questionnaire :

Nom et prénom du **médecin** : .....

Neurologue traitant       Médecin traitant

Adresse : .....

Code postal :  Ville : .....

Email : ..... Tél :

### Votre patiente reçoit (ou a reçu) un traitement de type antiparkinsonien pour : (merci de cocher la bonne réponse)

**A - Un syndrome parkinsonien, quelle qu'en soit la cause :**

maladie de Parkinson, paralysie supranucléaire progressive, atrophie multisystématisée, dégénérescence cortico-basale, syndrome parkinsonien post neuroleptique, vasculaire ou associé à une démence, autre cause.

**B - Un motif autre qu'un syndrome parkinsonien**, merci de préciser le motif ci-dessous :

- Syndrome des jambes sans repos (par exemple : Requip)
- Déclin cognitif (par exemple : Trivastal)
- Inhibition de l'allaitement (par exemple : Parlodel)
- Dystonie dopa-sensible (par exemple : Modopar)
- Autre motif .....

**C - À ma connaissance, la patiente n'a pas pris ce type de traitement et n'est pas suivie pour une maladie de Parkinson.**

Si vous avez répondu A, merci de tourner la page pour continuer à remplir ce questionnaire.

Si vous avez répondu B ou C, vous pouvez arrêter de remplir ce questionnaire. Nous vous remercions de nous le renvoyer.

**Vous suivez cette patiente depuis quelle année ?**

### Début du syndrome parkinsonien :

À quel âge, ou en quelle année, sont apparus les premiers symptômes parkinsoniens ?

Âge :   ou Année :

À quel âge, ou en quelle année, le diagnostic a-t-il été posé ?

Âge :   ou Année :

Début des symptômes :  Unilatéral  
 Bilatéral, mais asymétrique  
 Symétrique  
 Ne sais pas

Y a-t-il eu une aggravation progressive des symptômes ?  Non  Oui  Ne sais pas

Le diagnostic a-t-il été confirmé par un neurologue ?  Non  Oui  Ne sais pas

### Traitement et évolution du syndrome parkinsonien :

À quel âge, ou en quelle année, le traitement a-t-il débuté ?

Âge :   ou Année :

Dans l'ensemble, le traitement antiparkinsonien a-t-il amélioré les symptômes moteurs ?

Considérablement  Pas du tout  
 Modérément  Ne sais pas  
 Un peu

Autres caractéristiques ou remarques :

.....  
.....  
.....

**Au final, quel est le diagnostic établi pour cette patiente ? (Cocher une seule réponse)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Examen normal  | <input type="checkbox"/> Syndrome parkinsonien non classable                                    |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson possible                            | <input type="checkbox"/> Tremblement physiologique exagéré                                      |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson certaine                            | <input type="checkbox"/> Tremblement essentiel  |
| <input type="checkbox"/> Syndrome parkinsonien post neuroleptique                 | <input type="checkbox"/> Autre cause de tremblement d'attitude (hyperthyroïdie, iatrogène, ...) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome parkinsonien vasculaire                         | <input type="checkbox"/> Dyskinésies post-neuroleptiques  |
| <input type="checkbox"/> Paralyse supranucléaire progressive                      | <input type="checkbox"/> Maladie des corps de Lewy  |
| <input type="checkbox"/> Atrophie multisystématisée                               | <input type="checkbox"/> Diagnostic inconnu   |
| <input type="checkbox"/> Atrophie cortico-basale                                  | <input type="checkbox"/> Autre : .....  |
| <input type="checkbox"/> Syndrome parkinsonien secondaire à un syndrome démentiel |   |

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION

Etude E3N - Gustave Roussy - 114 rue Edouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex  
01 42 11 53 86 – contact@e3n.fr - www.e3n.fr

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies.