



MFM
Mesure de la Fonction Motrice
pour les maladies neuromusculaires

Base de données Cahier des informations à saisir

Groupe d'Etude MFM

Dr. Carole Bérard (Médecin coordonateur)

L'Escale, Hôpital Femme Mère Enfant

Aile A1, 59 boulevard Pinel

69677 Lyon-Bron Cédex

France

Tél. : 33 (0) 4 72 12 94 50

Fax : 33 (0) 4 27 85 67 90

Email : carole.berard@chu-lyon.fr

Dr. Christine Payan (Methodologiste)

Dept Pharmacologie Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Bat. Babinski

47, bd de l'hôpital, 75013 Paris

France

Tél : 33 (0) 1 42 16 16 67

Fax : 33 (0) 1 45 86 52 76

Email : christine.payan@psl.aphp.fr

Dalil Hamroun (Développement et hébergement de la base)

Laboratoire de Génétique Moléculaire

IURC, Institut Universitaire de Recherche Clinique

UFR Médecine Site NORD UPM/IURC

640 Avenue du Doyen Giraud

34295 MONTPELLIER Cedex 5

France

Tel : 33 (0) 4 11 75 98 56

Fax: 33 (0) 467 41 53 65

email: dalil.hamroun@inserm.fr

Centre N° |__|__| Patient N° |__|__|__|__| Nom |__|__|__|__| Prénom |__|__|

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom de Naissance : |__|__|__|_____

(Impérativement 3 premières lettres – suivi éventuellement du reste du nom)

Nom Marital : |__|__|__|_____

(3 premières lettres suivi éventuellement du reste du nom)

Prénom |__|__|_____

(Impérativement 2 premières lettres) suivi éventuellement du reste du prénom

Date de naissance : I__I__II__I__II__I__I__I__I__I
JJ MM AAAA Sexe : M I__I 1 F I__I 2

Latéralité : Droitier I__I 1 Gaucher I__I 2 Indifférent/Ambidextre I__I 3

Diagnostic clinique (code) : I__I__I__I__I ou terminologie :.....

(vérifier si le diagnostic a changé depuis l'étude de validation ou au cours du suivi)

Gène muté (préciser si connu) :.....

Age au début des signes (qui ont motivé une 1^{ère} consultation) |__|__|, I__I ans (0=Naissance, ND si inconnu)

Date de Décès: I__I__I__I__II__I__I__I__I__I

Participation à l'étude de validation 2^{ème} version? oui I__I 1 non I__I 0

DONNEES CONSULTATION

Nom du Médecin :.....

Consentement signé obtenu : oui I__I 1 non I__I 0

(recommandé, si non obtenu à la 1^{ère} visite, à demander ultérieurement)

Date de passation de l'échelle : I__I__I__I__II__I__I__I__I__I (dernier jour si MFM passée sur 2 jours)
JJ MM AAAA

Diagnostic: Confirmé : I__I 1 suspecté : I__I 0

Biologie moléculaire : oui I__I 1 non I__I 0 inconnu I__I 9 Si oui : année du prélèvement : I__I__I__I__I

Participation à une étude clinique ou thérapeutique actuellement ou antérieurement (ou depuis la dernière visite) ?

oui I__I 1 non I__I 0 inconnu I__I 9

Si oui, lequel : DMD steroïdes observatoire I__I 1, ASIRI I__I 2, MFM-20 validation I__I 3, PTC 124 I__I 4,

TROPHOS1 I__I 5, Grades de Sévérité I__I 6 ULENAP I__I 7 DM1densito I__I 8 TROPHOS2 I__I 9

Autre I__I : préciser (À ajouter dans la liste par centre de Montpellier)

Date d'inclusion dans l'essai : I__I__I__I__II__I__I__I__I__I Date de fin de l'essai : I__I__I__I__II__I__I__I__I__I
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

En cours I__I

Traitements médicamenteux en cours (ou modifiés depuis dernière consultation) ? oui I__I 1 non I__I 0

Si oui, faire compléter par le médecin le tableau « traitements médicamenteux » page 9

ANTECEDENTS et DONNEES CLINIQUES ACTUELLES

Marche acquise (10 pas sans tierce personne) oui I__ I1 non I__ I0

Si oui, âge d'acquisition de la marche : I__ I__ I__ I__ mois inconnu I__ I__

Perte de la marche : oui I__ I1 non I__ I0 NA I__ I9

Si OUI, Age de perte de la marche (ne peut plus faire 10 pas sans tierce personne) : I__ I__ I__ années I__ I__ I__ mois

Ne connaît pas la date I__ I__

Ventilation : oui I__ I1 non I__ I0

Si OUI, permanente I__ I1 intermittente I__ I2

Non invasive (masque) I__ I1 Invasive (trachéotomie) I__ I2

Date de mise en place I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Antécédents chirurgicaux orthopédiques: (entourer non ou oui)

JJ MM AAAA

Membres supérieurs non oui date de la dernière intervention I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Hanches non oui date de la dernière intervention I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Genoux non oui date de la dernière intervention I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Pieds non oui date de la dernière intervention I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Colonne non oui date de la dernière intervention I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Autre chirurgie non orthopédique:

JJ MM AAAA

Trachéotomie: I__ I__ date: I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Gastrostomie: I__ I__ date: I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Chirurgie cardiaque: I__ I__ date: I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Autre (pouvant interférer avec la fonction motrice) :

I__ I__ date: I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__ I__

Préciser:.....

Grade Vignos I__ I__

- 1 - Marche et monte les escaliers sans aide
- 2 - Marche et monte les escaliers à l'aide de rampes
- 3 - Marche et monte lentement les escaliers avec l'aide de rampes (plus de 12 secondes pour 4 marches standard)
- 4 - Marche sans aide et se lève d'une chaise mais ne peut monter les escaliers
- 5 - Marche sans aide mais ne peut se lever d'une chaise ou monter des escaliers
- 6 - Ne marche qu'avec assistance ou marche de façon indépendante avec des orthèses longues
- 7 - Marche avec des orthèses longues mais a besoin d'une assistance pour l'équilibre
- 8 - Tient debout avec des orthèses longues mais ne peut pas marcher, même avec assistance
- 9 - Confiné au fauteuil roulant.
- 10 - Confiné au lit.

Grade de Brooke I__ I__

- 1 - Partant les membres supérieurs le long du corps, peut écarter les bras avec un cercle complet jusqu'à qu'ils se touchent au dessus de la tête.
- 2 - Peut lever les bras au dessus de la tête seulement en fléchissant les coudes (en réduisant la circonférence du mouvement) ou en utilisant des muscles accessoires.
- 3 - Ne peut lever les mains au dessus de la tête mais peut lever un verre d'eau à la bouche (180ml) en utilisant les deux mains si nécessaire.
- 4 - Peut lever les mains à la bouche mais ne peut lever un verre d'eau (180ml) à la bouche.
- 5 - Ne peut lever les mains à la bouche mais peut utiliser les mains pour tenir un crayon ou prendre des pièces de monnaie sur la table.
- 6 - Ne peut lever les mains à la bouche et n'a aucune fonction utile des mains

Fauteuil roulant à disposition : oui I__ I1 non I__ I0

Si oui : manuel I__ I1 électrique I__ I2 manuel + électrique I__ I3

Centre N° |__|__| Patient N° |__|__|__| Nom |__|__|__| Prénom |__|__|

La sévérité globale de l'atteinte motrice est :

légère	moyenne	sévère	très sévère
I__I	I__I	I__I	I__I
1	2	3	4

DONNEES ACTUELLES LORS DE LA PASSATION DE LA MFM

INFORMATIONS CONCERNANT LE THERAPEUTE FAISANT PASSER LA MFM:

Nom et prénom du thérapeute ayant fait passer la MFM :

Année de début d'expérience dans le suivi des Maladies Neuromusculaires : I__I__I__I AAAA

Date de formation initiale validée (test de validation réussi) de la MFM I__I__I I__I__I I__I__I I__I__I JJ MM AAAA

Date de la dernière participation à une session d'actualisation des compétences MFM : I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Fatigue du patient au début de la passation/à son état habituel :

Demander : « Au niveau de ta (votre) forme, comment te sens-tu (vous sentez-vous) par rapport à d'habitude ? »

Plus en forme que d'habitude	I__I 1
Dans mon état habituel	I__I 2
Plus fatigué que d'habitude	I__I 3
Beaucoup plus fatigué que d'habitude	I__I 4

Passation de la MFM 32 items I__I 1

20 items I__I 2 (pour les moins de 7 ans – les items sont grisés dans l'échelle)

Les 2 côtés sont-ils testés de façon systématique ? oui I__I 1 non I__I 0

Si OUI, remplir pour les items bilatéraux, le côté choisi par le patient puis le coté controlatéral

ECHELLE DE MESURE DE FONCTION MOTRICE (MFM)

Sous chaque item, indiquer dans les commentaires si refus, douleur, appareillage lors de la passation.

Items de l'échelle MFM	Cotation		
	D1 =	D2 =	D3 =
1. ☺ COUCHE SUR LE DOS, TÊTE DANS L'AXE : maintient la tête dans l'axe puis la tourne complètement d'un côté puis de l'autre. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
2. COUCHE SUR LE DOS : soulève la tête et la maintient soulevée. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
3. ☺ COUCHE SUR LE DOS : fléchit la hanche et le genou de plus de 90° en soulevant le pied du tapis durant tout le mouvement. cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
4. ☺ COUCHE SUR LE DOS, JAMBE SOUTENUE PAR L'EXAMINATEUR : de la position pied en flexion plantaire, réalise une flexion dorsale du pied à 90° par rapport à la jambe. cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> <i>commentaires</i> :			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. ☺ COUCHE SUR LE DOS : soulève la main et la porte jusqu'à l'épaule opposée. cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
6. ☺ COUCHE SUR LE DOS, MEMBRES INFERIEURS DEMI FLECHIS, ROTULES AU ZENITH, PIEDS SUR LE TAPIS LEGEREMENT ECARTES : soulève le bassin ; la colonne lombaire, le bassin et les cuisses sont alignés et les pieds légèrement écartés. <i>commentaires</i> :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
7. ☺ COUCHE SUR LE DOS : se retourne sur le ventre et dégage les membres supérieurs de dessous le tronc. cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
8. COUCHE SUR LE DOS : sans appui des membres supérieurs s'assied. <i>commentaires</i> :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
9. ☺ ASSIS SUR LE TAPIS : sans appui des membres supérieurs, maintient 5 secondes la position assise puis maintient 5 secondes un contact entre les 2 mains. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
10. ☺ ASSIS SUR LE TAPIS, LA BALLE DE TENNIS DEVANT LE SUJET : sans appui des membres supérieurs se penche en avant, touche la balle puis se redresse. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

Items	D1=	D2=	D3=
11. ☺ ASSIS SUR LE TAPIS : sans appui des membres supérieurs, se met debout. <i>commentaires</i> :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
12. ☺ DEBOUT : sans appui des membres supérieurs, s'assied sur la chaise en gardant les pieds légèrement écartés. <i>commentaires</i> :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
13. ASSIS SUR LA CHAISE : sans appui des membres supérieurs et sans appui contre le dossier de la chaise, maintient 5 secondes la position assise, tête et tronc dans l'axe. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
14. ☺ ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, TETE POSITIONNEE EN FLEXION : de la position tête fléchie complètement, relève la tête puis la maintient relevée 5 secondes, le mouvement et le maintien se faisant tête dans l'axe. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
15. ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, AVANT-BRAS POSES SUR LA TABLE, COUDES EN DEHORS DE LA TABLE : porte en même temps les 2 mains sur le sommet du crâne, la tête et le tronc restant dans l'axe. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
16. ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, LE CRAYON SUR LA TABLE : sans bouger le tronc, atteint le crayon avec la main, avant-bras et main soulevés de la table, coude en extension complète en fin de mouvement. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
17. ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, 10 PIECES DE MONNAIE SUR LA TABLE : prend successivement et stocke 10 pièces dans une main au bout de 20 secondes. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <i>commentaires</i> :			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
18. ☺ ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, UN DOIGT POSE AU CENTRE D'UN CD FIXE : fait le tour du CD avec le doigt, sans appui de la main. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <i>commentaires</i> :			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
19. ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, LE CRAYON SUR LA TABLE : prend le crayon puis dessine une série continue de boucles sur toute la longueur du cadre touchant les bords supérieur et inférieur du cadre. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <i>commentaires</i> : Essai n°1 essai controlatéral n°1 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> Essai n°2 essai controlatéral n°2 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> <div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Items	Report page 6	Cotation		
		D1=	D2=	D3=
<p>20. ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, LA FEUILLE DE PAPIER DANS LES MAINS : déchire la feuille pliée en 4 en commençant par le pli. <i>commentaires</i> :</p>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
<p>21. 😊 ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, LA BALLE DE TENNIS SUR LA TABLE : soulève la balle puis retourne la main complètement en tenant la balle. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <i>commentaires</i> :</p>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
<p>22. 😊 ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, UN DOIGT POSE AU CENTRE DU CARRE : soulève le doigt puis le pose successivement sur les 8 dessins de la figure sans toucher le quadrillage. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <i>commentaires</i> :</p>			<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
<p>23. 😊 ASSIS SUR LA CHAISE OU DANS SON FAUTEUIL, MEMBRES SUPERIEURS LE LONG DU CORPS : pose en même temps les 2 avant-bras et/ou les mains sur la table sans bouger le tronc. <i>commentaires</i> :</p>		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
<p>24. 😊 ASSIS SUR LA CHAISE : sans appui des membres supérieurs, se met debout les pieds légèrement écartés. <i>commentaires</i> :</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<p>25. 😊 DEBOUT AVEC APPUI DES MEMBRES SUPERIEURS SUR UN MATERIEL : sans appui des membres supérieurs maintient 5 secondes la position debout pieds légèrement écartés, tête, tronc et membres inférieurs dans l'axe. <i>commentaires</i> :</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<p>26. DEBOUT, AVEC APPUI DES MEMBRES SUPERIEURS SUR UN MATERIEL : sans appui des membres supérieurs, lève un pied 10 secondes. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/>0 <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <i>commentaires</i> :</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<p>27. 😊 DEBOUT : sans appui, touche le sol avec une main puis se relève. <i>commentaires</i> :</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<p>28. DEBOUT SANS APPUI : fait 10 pas en avant sur les 2 talons. <i>commentaires</i> :</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			

Items	Report page 7	D1=	D2=	D3=
29. DEBOUT SANS APPUI : fait 10 pas en avant sur une ligne droite. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
30. ☺ DEBOUT SANS APPUI : court 10 mètres. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
31. DEBOUT SUR UN PIED SANS APPUI : saute sur un pied 10 fois de suite sur place. côté choisi : droit 1 : <input type="checkbox"/> gauche 2 : <input type="checkbox"/> cotation controlatérale : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
32. ☺ DEBOUT SANS APPUI : sans appui des membres supérieurs, atteint la position accroupie puis se relève 2 fois de suite. <i>commentaires</i> :		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		
TOTAL		D1=	D2=	D3=

Durée de la passation : I__I__I__I Minutes

Coopération du patient : nulle I__I 0, moyenne I__I 1, optimale I__I 2

Commentaires sur le déroulement du test et sur les résultats obtenus: (*texte libre, si rien de particulier, noter RAS*)

.....

RÉSUMÉ DE COTATION

MFM 32 ITEMS

DIMENSION

CALCUL DES COTATIONS EN % PAR DIMENSION

D1. Station debout et transferts $\frac{\text{Total Dimension 1}}{39} = \frac{\quad}{39} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

D2. Motricité axiale et proximale $\frac{\text{Total Dimension 2}}{36} = \frac{\quad}{36} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

D3. Motricité distale $\frac{\text{Total Dimension 3}}{21} = \frac{\quad}{21} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

SCORE TOTAL = $\frac{\text{total des cotations}}{32 \times 3} \times 100$
 = $\frac{\quad}{96} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

MFM 20 ITEMS

DIMENSION

CALCUL DES COTATIONS EN % PAR DIMENSION

D1. Station debout et transferts $\frac{\text{Total Dimension 1}}{24} = \frac{\quad}{24} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

D2. Motricité axiale et proximale $\frac{\text{Total Dimension 2}}{24} = \frac{\quad}{24} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

D3. Motricité distale $\frac{\text{Total Dimension 3}}{12} = \frac{\quad}{12} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

SCORE TOTAL $= \frac{\text{total des cotations}}{20 \times 3} \times 100$
 $= \frac{\quad}{60} \times 100 = \dots\dots\dots \%$

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ACTUELS OU DANS LES 3 DERNIERS MOIS

Noter les médicaments pris régulièrement par le patient dans les 3 derniers mois (lors de la 1^{ère} MFM) ou modifiés depuis la dernière évaluation

Les cases grisées seront complétées par l'ARC ou le curator

Nom commercial ou DCI	Indication **	Dose journalière ***	Voie (*)	date début	date fin
Réservé administration				I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I	I _ I _ II _ I _ II _ I _ I
..... CODE I _ I _ I _ I _ I _ I	..... I _ I _ I _ I _ I		I _ I _ I		En cours <input type="checkbox"/> 1 Arrêté <input type="checkbox"/> 0

(*) 1= voie orale, 2= intraveineuse, 3= intramusculaire, 4= topique, 5= sous cutanée, 6= rectale, 7= intra-nasale, 8= transdermique, 9= Collyre, 10= vaginale, 11=inhalation 12= autre 99= inconnu

** PAS D'ABREVIATION SVP

*** Préciser si « à la demande » (ALD)