

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

3. IDENTIFICATION

- **Date de consultation** /_/_/ /_/_/ /_/_/ 20/_/_/ /_/_/
- **Sexe** féminin masculin
- **Date de naissance** /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
- **Lieu de naissance (ville, pays et code postal)**
..... /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
- **Origine ethnique**
 - c caucasoïde OUI NON
 - c sinon, préciser :
- **Plus haut niveau d'instruction atteint (ne cocher qu'une seule case)**
 - c Primaire
 - c Secondaire
 - 6^{ème}- 3^{ème} (premier cycle)
 - 2^{nde}- terminale (2^{ème} cycle)
 - c Enseignement supérieur
 - < ou égal à 3 ans
 - > à 3 ans

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

4. RECUEIL DES DONNEES ANAMNESIQUES

4.1. Date de début

- premières douleurs articulaires en rapport probable avec ce rhumatisme /_/_/_/ /_/_/20 /_/_/
- premier gonflement (même intermittent) constaté par le patient /_/_/_/ /_/_/20 /_/_/
- premier gonflement fixe (persistant jusqu'à ce jour) /_/_/_/ /_/_/20 /_/_/

4.2. Mode de début (1 à 4)

(explosif (< 24 heures) = 1 ; subaigu (<1 semaine) = 2 ; insidieux = 3 ; intermittent ou paroxystique = 4) /_/_/

4.3. Avez-vous eu, au cours des 6 mois qui précédaient l'apparition des symptômes articulaires, un des événements suivants ?

- décès d'un proche OUI NON
- un traumatisme OUI NON
- une vaccination OUI NON
 - c si OUI : laquelle.....
- un nouveau médicament introduit OUI NON
 - c traitement hormonal substitutif
 - c contraception orale
 - c b bloquant
 - c autre (précisez.....)
- accouchement OUI NON

4.4. Forme clinique de début

- 4.4.a Topographique articulaire (1 à 3) /_/_/
 - mono = 1 ; oligo = 2 ; polyarthralgie = 3
- 4.4.b Présentation articulaire initiale (1 à 2)
 - symétrique = 1 ; asymétrique = 2 /_/_/
 - fixe = 1 ; intermittente = 2 /_/_/
 - additive = 1 ; d'emblée maximale = 2 /_/_/
- 4.4.c Systémique
 - fièvre OUI NON
 - altération de l'état général OUI NON

4.5. Délai entre le début des symptômes et la consultation

- la consultation non spécialisée (généraliste)..... /_/_/_/_/ jours
- la consultation spécialisée (rhumatologue) /_/_/_/_/ jours

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

5. TRAITEMENT POUR LE RHUMATISME AYANT JUSTIFIÉ L'INCLUSION DU PATIENT DANS L'ÉTUDE.

5.a Traitements de fond
OUI NON

Rappel : Le protocole prévoit que les patients puissent être inclus dans l'étude seulement si le traitement de fond a été initié depuis moins de 2 semaines.

N°1 Nom (DCI)
 Posologie
 Date de début /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/
 Date de fin /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ ou en cours

N°2 Nom (DCI)
 Posologie
 Date de début /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/
 Date de fin /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ ou en cours

N°3 Nom (DCI)
 Posologie
 Date de début /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/
 Date de fin /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ ou en cours

N°4 Nom (DCI)
 Posologie
 Date de début /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/
 Date de fin /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ ou en cours

N°5 Nom (DCI)
 Posologie
 Date de début /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/
 Date de fin /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/ ou en cours

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

5.b Corticothérapie

Rappel : Le protocole prévoit que le patient puisse être inclus dans l'étude seulement si la corticothérapie n'a pas excédé une semaine et a été arrêtée au moins 1 mois avant l'inclusion.

ORALE

OUI NON

Si OUI : Nom (DCI)

Posologie (mg/jour) Maximale /_/_/_/_/ Moyenne /_/_/_/_/

Date de début /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ ou en cours

INTRAMUSCULAIRE

OUI NON

Si OUI : Nom (DCI)

Posologie par injection (mg) /_/_/_/_/

Nombre d'injections /_/_/_/

Date première injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date dernière injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

INTRAVEINEUSE

OUI NON

Si OUI : Nom (DCI)

Posologie par injection (mg) /_/_/_/_/_/

Nombre d'injections /_/_/_/_/

Date première injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date dernière injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

**Corticothérapie
INTRA-ARTICULAIRE**
OUI NON

Rappel : Le protocole prévoit que le patient puisse être inclus dans l'étude seulement en cas d'infiltration intra-articulaire unique et réalisée au moins 6 semaines avant l'inclusion.

Si OUI : Nom(s) (DCI)

Localisations

Posologie par injection (mg) /_/_/_/_/

Nombre d'injections /_/_/_/

Date première injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date dernière injection /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

5.a Anti-inflammatoires non stéroïdiens

OUI NON

N°1 Nom (DCI)

Posologie moyenne (mg/jour)

Date de début /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ ou en cours

N°2 Nom (DCI)

Posologie moyenne (mg/jour)

Date de début /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ ou en cours

N°3 Nom (DCI)

Posologie moyenne (mg/jour)

Date de début /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ ou en cours

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

5.a Antalgiques

OUI NON

N° 1 Nom (DCI)

Posologie moyenne (nombre de comprimés/jour)

Date de début /_/_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/_/ ou en cours

N° 2 Nom (DCI)

Posologie moyenne (nombre de comprimés/jour)

Date de début /_/_/_/_/_/

Date de fin /_/_/_/_/_/ ou en cours

Autres médicaments (quelque soit la pathologie)

Nom (DCI)	Posologie	Indication

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

6. CO-MORBIDITE ET ANTÉCÉDENTS

6.1. Evénements gastro-intestinaux graves

OUI NON

si OUI,

- c Ulcères
- c Perforations
- c Hémorragies

6.2. Affections cardio-vasculaires

c HTA

OUI NON

Si OUI, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

date du premier traitement

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

c **Hypercholestérolémie**

OUI NON

Si OUI, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

date du premier traitement

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

c **Hypertriglycéridémie**

OUI NON

Si OUI, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

date du premier traitement

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

c **Ischémie myocardique**

OUI NON

Si OUI, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

c **Accident vasculaire (AVC, AIT)**

OUI NON

Si OUI, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Numéro centre /_/_/ /
Numéro patient /_/_/_/ /

Nom du patient /_/_/_/ /
Prénom patient /_/_/ /

ESPOIR

Cahier d'inclusion

6.3. Maladies néoplasiques

- **Maladie lymphoproliférative**

OUI NON

si OUI,

c laquelle.....

c date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

c rémission complète OUI NON

- **Néoplasie**

OUI NON

si OUI,

c laquelle

c date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

c rémission complète OUI NON

6.4. Tuberculose

OUI NON

si OUI,

c primo-infection OUI NON

c tuberculose pulmonaire OUI NON

osseuse OUI NON

ganglionnaire OUI NON

autre OUI NON

si oui, préciser

c date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

6.5. Maladies endocriniennes

- **Diabète**

OUI NON

si OUI,

c Insulino-dépendant OUI NON

c date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

c date du 1^{er} traitement /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

- **Dysthyroïdie**

OUI NON

si OUI,

c date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

c Type

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

6.6. Affections virales

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| c HIV | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| c HBV chronique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| c HCV chronique | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

6.7. Antécédents de transfusion

OUI NON Ne sait pas

si OUI, année de la première transfusion /_/_/_/_/_/

année de la dernière transfusion /_/_/_/_/_/

6.8. Vaccination

- | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| c Anti-hépatite B | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| c BCG | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| c Autre (précisez.....) | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |

6.9. Antécédents familiaux

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| c Rhumatisme inflammatoire chronique certain | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ▪ SpA | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| ▪ PR | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| c Psoriasis | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Numéro centre /_/_/ /
Numéro patient /_/_/ /_/_/

Nom du patient /_/_/ /_/_/ /_/_/ /
Prénom patient /_/_/ /_/_/ /

ESPOIR

Cahier d'inclusion

6.10. Malade de sexe féminin

OUI NON

Si OUI,

c Ménopause

OUI NON

Si OUI,

à quel âge /_/_/ /_/_/ ans

traitement hormonal substitutif OUI NON

si OUI, date de début /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /

nombre d'années /_/_/ /_/_/

en cours OUI NON

c Age premières règles

/_/_/ /_/_/ /_/_/ ans

c Nombre de grossesses (au total)

/_/_/ /_/_/ /_/_/

Si au moins 1 grossesse :

Accouchement(s) à terme /_/_/ /_/_/ /_/_/

Accouchement(s) prématuré(s) /_/_/ /_/_/ /_/_/

Interruption(s) volontaire(s) de grossesse /_/_/ /_/_/ /_/_/

Interruption(s) thérapeutique(s) de grossesse /_/_/ /_/_/ /_/_/

Nombre de fausse-couches /_/_/ /_/_/ /_/_/

c Contraception orale

OUI NON

Si OUI, en cours

OUI NON

Nombre d'années

/_/_/ /_/_/ /_/_/

c Stérilet

OUI NON

Si OUI, en cours

OUI NON

Nombre d'années

/_/_/ /_/_/ /_/_/

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

6.11. Toxiques

- Tabac

c Dose cumulée (PA) /__/__/__/__/ PA

c Durée de l'intoxication /__/__/__/ ans

c En cours OUI NON

- Alcool

c Dose moyenne (grammes/jour) /__/__/__/__/ g/j

c Durée de l'intoxication /__/__/__/ ans

c En cours OUI NON

6.12. Antécédents ou affections concomitantes autres

Pathologie	Date de début	Présent
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

7. SIGNES ASSOCIÉS ET ACTIVITÉ DE LA MALADIE

7.1. Manifestations extra-articulaires (à n'importe quelle période depuis le début du rhumatisme)

c Atteinte cardio-vasculaire

Phlébite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Péricardite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Trouble de la conduction	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Trouble du rythme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Valvulopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

c Atteintes cutanées et muqueuses

Alopécie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Dermatite bulleuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Doigts boudinés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Eruption érythémateuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Livédo	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Lupus discoïde	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Nodules rhumatoïdes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Photosensibilité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Purpura	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Prurit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

c Atteinte ganglionnaire

Adénopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Splénomégalie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

c Atteinte pulmonaire

Dyspnée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Pleurésie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Toux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

c Manifestations neurologiques

Convulsion	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Myalgie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Polynévrite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Polyradiculonévrite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Syndrome canalaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

c Atteinte oculaire

Cataracte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Conjonctivite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Episclérite-sclérite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Kératite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Rétinopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Uvéïte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Xerophthalmie* OUI NON

*au moins une réponse positive à l'une des 3 questions :

- Avez-vous ressenti une sensation d'œil sec quotidienne, persistante et gênante depuis plus de 3 mois ?
- Avez-vous fréquemment l'impression d'avoir du sable ou du gravier dans les yeux ?
- Utilisez-vous des larmes artificielles plus de 3 fois par jour ?

C Atteinte ORL

Acouphènes OUI NON Ne sait pas

Altération du goût OUI NON Ne sait pas

Altération de l'odorat OUI NON Ne sait pas

Gonflement des glandes salivaires OUI NON Ne sait pas

Hypoacousie OUI NON Ne sait pas

Syndrome vestibulaire OUI NON Ne sait pas

Xérostomie* OUI NON

*au moins une réponse positive à l'une des 3 questions :

- Avez-vous eu quotidiennement la sensation d'avoir la bouche sèche depuis plus de 3 mois ?
- Avez-vous eu des épisodes récidivants ou permanents de gonflement des parotides à l'âge adulte ?
- Avez-vous été obligé de boire fréquemment pour aider à avaler des aliments secs ?

C Atteinte osseuse

Fracture des os longs OUI NON Ne sait pas

Fracture de fatigue OUI NON Ne sait pas

Tassement vertébral OUI NON Ne sait pas

C Atteinte rénale

Hématurie OUI NON Ne sait pas

HTA OUI NON Ne sait pas

Œdèmes OUI NON Ne sait pas

Protéinurie OUI NON Ne sait pas

7.2. Manifestations compatibles avec une spondylarthropathie

C Rachialgies inflammatoires OUI NON

(douleur matinale améliorée par l'exercice, durée \geq à 3 mois)

C Fessalgies OUI NON

Unilatérales

Bilatérales

A bascule

C Talalgies OUI NON

C Autre enthésiopathie OUI NON

Si OUI, Précisez :

.....

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

7.3. Données générales et relatives aux manifestations articulaires (durant les 48 dernières heures)

c Réveils nocturnes liés à la douleur (nombre) /__/__/__/

c Dérouillage matinal :

- Durée /__/__/__/__/ min

- Intensité de la raideur matinale :

Nulle | _____ | Extrême

c Asthénie

Absente | _____ | Extrême

c Douleur articulaire au repos

Absente | _____ | Extrême

c Douleur articulaire à la mobilisation

Absente | _____ | Extrême

c Appréciation globale de l'activité du rhumatisme, par le **patient**

Maladie inactive | _____ | Maladie active

c Appréciation globale de l'activité du rhumatisme, par le **médecin**

Maladie inactive | _____ | Maladie active

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

7.4. Examen physique

7.4.1. Données générales

- c Poids à 20 ans /_/_/_/,/_/_/_/ kg
- c Poids ce jour /_/_/_/,/_/_/_/ kg
- c Taille à 20 ans /_/_/_/_/ cm
- c Taille ce jour /_/_/_/_/ cm
- c Tension artérielle /_/_/_/_/ /_/_/_/_/ mmHg

7.4.2. Atteintes articulaires :

c *Squeeze test*

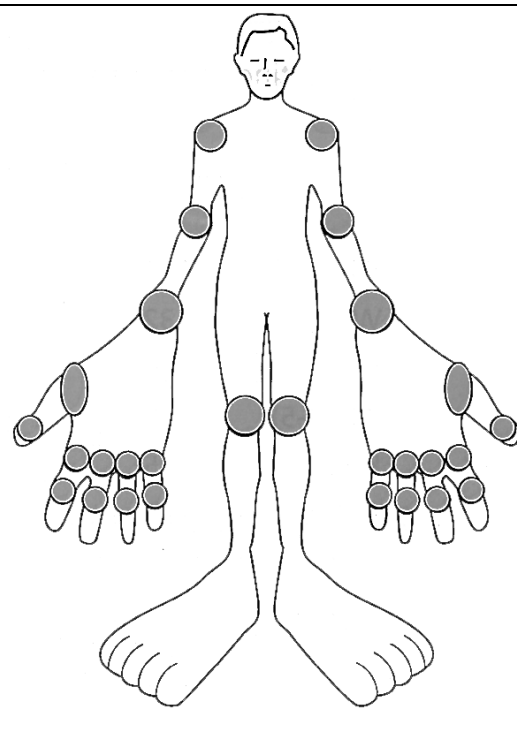
Douleur à la compression bilatérale des MCP OUI NON

Douleur à la compression bilatérale des MTP OUI NON

c *Indice de synovites*

Pour chaque articulation, synovite présente = 1, absente = 0

Les 28 articulations à examiner :

	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">Ép a u l e</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">C o u d e</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">P o i g n e t</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">M C P</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">I P P</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">□</td> <td style="text-align: center;">G e n o u</td> <td style="text-align: center;">□</td> </tr> </table>	□	Ép a u l e	□	□	C o u d e	□	□	P o i g n e t	□	□	M C P	□	□	I P P	□	□	G e n o u	□
□	Ép a u l e	□																	
□	C o u d e	□																	
□	P o i g n e t	□																	
□	M C P	□																	
□	I P P	□																	
□	G e n o u	□																	

Score global = /_/_/_/

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

c Indice articulaire

Pour chaque articulation, score obtenu à la mobilisation ou à la pression

- 0 = aucune douleur
- 1 = douleur
- 2 = douleur + grimace
- 3 = douleur + grimace + retrait

Les 53 articulations à examiner :

	<input type="checkbox"/> Rachis cervical	<input type="checkbox"/> Tempo-ro-maxillaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sterno-claviculaire	<input type="checkbox"/> Acromio-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ep aule	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> MCP	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IPP	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sous-ast raga lienne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medio-tar sienne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MTP	<input type="checkbox"/>

Score global = /_/_/_/_/

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

A cette étape de la présente consultation :

- 1. *N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 21 à 47)***
- 2. *De recueillir les données biologiques et radiologiques en conformité avec le protocole (cf. page 48 à 50)***
- 3. *de donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 51)***
- 4. *De gérer le suivi de votre patient (cf. page 52)***

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT

8.1. Caractéristiques sociales

Etes-vous (Cocher une seule case)

- Marié(e)
- concubinage
- PACS
- célibataire
- divorcé(e)
- veuf (ve)

Statut parental

nombre d'enfants /__ /__ /

Lieu d'habitation (nom et code postal de la commune)

..... /__ /__ /__ /__ /

Lieu de vie - commune de (Cocher une seule case)

- Plus de 50 000 habitants
- De 20 à 50 000 habitants
- De 20 000 à 5 000 habitants
- Moins de 5 000 habitants

Profession actuelle ou passée (Cocher une seule case)

- Agriculteur
- Artisan, commerçant
- Profession libérale, cadre supérieur
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8.2. Indice fonctionnel HAQ

Ce questionnaire est destiné à connaître les répercussions de votre maladie sur vos capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Répondez à toutes les questions et n'hésitez pas à ajouter vos commentaires au dos de ce questionnaire.

Veillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
S'HABILLER ET SE PREPARER Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ? <input type="checkbox"/> vous laver les cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE LEVER Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> vous lever d'une chaise ? <input type="checkbox"/> vous mettre au lit et vous lever du lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGER Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> couper votre viande ? <input type="checkbox"/> porter à votre bouche une tasse ou un verre plein ? <input type="checkbox"/> ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCHER Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> marcher en terrain plat à l'extérieur ? <input type="checkbox"/> monter 5 marches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Veillez indiquer d'une croix si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités :

- | | |
|--|--------------------------|
| Canne | <input type="checkbox"/> |
| Accessoire pour s'habiller (crochet à bouton ou à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche...) | <input type="checkbox"/> |
| Déambulateur | <input type="checkbox"/> |
| Ustensile spécialement adapté | <input type="checkbox"/> |
| Béquilles | <input type="checkbox"/> |
| Chaise spécialement adaptée | <input type="checkbox"/> |
| Chaise roulante | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) (préciser) : | <input type="checkbox"/> |

Veillez indiquer les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| S'habiller et se préparer | <input type="checkbox"/> |
| Manger | <input type="checkbox"/> |
| Se lever | <input type="checkbox"/> |
| Marcher | <input type="checkbox"/> |

Numéro centre /__/__/__/
 Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
 Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Veillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
HYGIENE : Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> vous laver et vous sécher entièrement ? <input type="checkbox"/> prendre un bain <input type="checkbox"/> vous asseoir et vous relever des toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTRAPER : Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ? <input type="checkbox"/> vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREHENSION Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> ouvrir une porte de voiture ? <input type="checkbox"/> dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois <input type="checkbox"/> ouvrir et fermer un robinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES ACTIVITES Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> faire vos courses ? <input type="checkbox"/> monter et descendre de voiture ? <input type="checkbox"/> faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Veillez indiquer d'une croix si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités :

Siège de W-C surélevé

Poignée ou barre de baignoire

Siège de baignoire

Instrument à long manche pour attraper les objets

Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)

Instrument à long manche dans la salle de bain

Autre(s) (préciser) :

Veillez indiquer les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un :

Hygiène

Saisir et ouvrir des objets

Atteindre et attraper

Courses et tâches ménagères

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8.3 Echelle de qualité de vie SF-36

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

cochez la case qui correspond à votre choix

- Excellente.....
- Très bonne
- Bonne.....
- Médiocre
- Mauvaise.....

2. Par rapport à il y a 6 mois, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

cochez la case qui correspond à votre choix

- Bien meilleur qu'il y a 6 mois.....
- Plutôt meilleur
- A peu près pareil
- Plutôt moins bon
- Beaucoup moins bon

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

3. **Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.**

cochez la case qui correspond à votre choix

Liste d'activités	oui, beaucoup limité(e)	oui, un peu limité(e)	non, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Marcher plus d'un km à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

4. **Au cours de ces 8 derniers jours, et en raison de votre état physique,**

cochez la case qui correspond à votre choix

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Au cours de ces 8 derniers jours, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),**

cochez la case qui correspond à votre choix

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

6. ***Au cours de ces 8 derniers jours dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?***

cochez la case qui correspond à votre choix

- Pas du tout.....
- Un petit peu.....
- Moyennement
- Beaucoup.....
- Enormément

7. ***Au cours de ces 8 derniers jours, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?***

cochez la case qui correspond à votre choix

- Nulle.....
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Grande
- Très grande.....

8. ***Au cours de ces 8 derniers jours, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ?***

cochez la case qui correspond à votre choix

- Pas du tout.....
- Un petit peu.....
- Moyennement
- Beaucoup.....
- Enormément.....

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

9. **Les questions qui suivent portent sur "comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 8 derniers jours". Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 8 derniers jours, y a-t-il eu des moments où :**

cochez la case qui correspond à votre choix

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vous êtes vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vous êtes vous senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vous êtes vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vous êtes vous senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Vous êtes vous senti(e) épuisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Vous êtes vous senti(e) heureux (se) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vous êtes vous senti(e) fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

10. ***Au cours de ces 8 derniers jours y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?***

cochez la case qui correspond à votre choix

- En permanence
- Une bonne partie du temps
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais.....

11. ***Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :***

cochez la case qui correspond à votre choix

	totalem vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8.4. EMIR court

Veillez cocher la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 4 dernières semaines.

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
1. Avez-vous été physiquement capable de conduire une voiture ou d'utiliser les transports en communs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous resté(e) assis(e) ou couché(e) presque toute la journée ou toute la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des difficultés à faire certaines activités physiques intenses telles que : courir, soulever des objets lourds ou faire du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres ou monter plusieurs étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pour marcher, avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un ou d'une canne, de béquilles ou d'un appareillage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable d'écrire facilement avec un stylo ou un crayon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous été capable de boutonner facilement des vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été capable de tourner facilement une clé dans une serrure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été capable de vous peigner facilement ou brosser vos cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été capable d'atteindre facilement des étagères situées au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous mettre au lit ou en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
13. Avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vos douleurs vous ont-elles gêné(e) pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Toujours	Très souvent	Quelquefois	Presque jamais	Jamais
16. Vous êtes vous senti tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous été gêné(e) par votre nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu mauvais moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous pris plaisir à vos occupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous eu le sentiment que vous étiez une charge, un fardeau pour les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
○ Vous êtes vous réuni avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous passé un moment au téléphone avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous assisté à une réunion organisée par une association sportive, politique, religieuse, etc....?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous pensé que votre famille ou vos amis étaient attentifs à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS
SUIVANTES SI VOUS AVEZ EXERCÉ UN
TRAVAIL RÉMUNÉRÉ, UN TRAVAIL
MÉNAGER OU UN TRAVAIL SCOLAIRE,
AU COURS DES
4 DERNIÈRES SEMAINES ?**

	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
25. Avez-vous été dans l'incapacité de faire un travail rémunéré, ménage ou scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les jours où vous travaillez, avez-vous été obligé(e) de changer de façon de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__/__/ /
Numéro patient /__/__/__/ /

Nom du patient /__/__/__/ /
Prénom patient /__/__/ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8.5 Questionnaire EUROQOL

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée (X)

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller toute(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/Gêne

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs ou gêne(s) modérée(s)
- J'ai des douleurs ou gêne(s) extrême(s)

Anxiété/Dépression

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Pour vous aidez à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui.

Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé actuel.

Meilleur état de santé
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Votre état de
santé
aujourd'hui

Pire état de santé imaginable

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

8.6 Questionnaire médico-économique

Examens

Avez-vous, durant les 6 derniers mois, eu l'un des examens suivants ?

Type d'examen :

Si OUI, précisez le nombre et le type d'examen

Radiographie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	
	
	

Test sanguin (prise de sang)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	
	
	

Test urinaire	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	

Scanner	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	

IRM	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	

Fibroscopie gastrique	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	

Colonoscopie	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
	

Autres	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	/__ /
.....	
.....	
	

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Hospitalisation

Avez-vous été hospitalisé (e) au cours des 6 derniers mois ? OUI NON

Hospitalisation	Motif	Date entrée	Nb de jours	Hospitalisation de jour	Lieu
n° 1		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 2		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 3		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 4		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 5		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 6		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 7		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
n° 8		_ _ _ _ _ _ Jour Mois		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Depuis 6 mois, avez-vous subi une intervention chirurgicale pour le traitement de votre polyarthrite rhumatoïde ?

OUI NON

Si Oui, laquelle ou lesquelles :

..... Dates : /___/___/___/___/___/___/ /___/___/___/___/___/___/ /___/___/___/___/___/___/
..... Lieux :
Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) pour cette/ces intervention(s) ? /___/___/___/	Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) pour cette/ces intervention(s) ? /___/___/___/	Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) pour cette/ces intervention(s) ? /___/___/___/

Avez-vous eu un traitement de contention (plâtre ou autres) suite à cette/ces interventions ?
Oui Non

Si Oui, lequel ou lesquels :

.....

Pendant combien de jours ? /___/___/___/

Avez-vous eu d'autres traitements en rapport avec cette ou ces interventions chirurgicales ?
(kinésithérapie, médicaments, etc...) OUI NON

Si Oui, lequel ou lesquels :

.....

Pendant combien de jours ? /___/___/___/

Avez-vous dû séjourner dans un centre de rééducation ? OUI NON

Si OUI, pendant combien de jours ? /___/___/___/

Avez-vous été opéré(e) pour un autre motif ? (autre que la polyarthrite) OUI NON

Si oui, de quoi ?
-
-
-

Avez-vous fait un séjour en rééducation pour cet (ces) autre(s) motif(s) ? OUI NON

Motif :

.....

Lieu :

.....

Nombre de nuits : /___/___/___/

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Autres soins

Depuis 6 mois, avez-vous eu recours à d'autres traitements pour votre polyarthrite (en dehors d'un traitement chirurgical) ?

- Kinésithérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__/__/__/
- Ergothérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__/__/__/
- Psychothérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__/__/__/
- Autres ? OUI NON
 Si Oui, lesquels ? :
 Nombre de séances/6 mois : /__/__/__/
 Nombre de séances/6 mois : /__/__/__/

Avez-vous suivi un régime alimentaire spécial ? OUI NON

Si oui, précisez :

Indiquer le nombre de visites que vous avez effectuées auprès des professionnels de santé suivants : (Mentionner toutes les visites, qu'elles soient ou non liées à votre polyarthrite. Ne comptez pas les consultations qui ont eu lieu pendant votre séjour à l'Hôpital.)

Type de professionnel	Nombre de visites au cours des 6 derniers mois
Rhumatologue	/__/__/__/
Médecine interne	/__/__/__/
Généraliste	/__/__/__/
Chirurgien orthopédique	/__/__/__/
Autre spécialiste	/__/__/__/
Autre spécialiste	/__/__/__/
Kinésithérapeute	/__/__/__/
Ergothérapeute	/__/__/__/
Assistante sociale	/__/__/__/

Quel est votre médecin habituel (celui que vous voyez le plus souvent) actuellement ?

- je ne sais pas
- médecin généraliste
- spécialiste : quelle spécialité ?

Numéro centre /__/__/__/
 Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
 Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Professionnels

Au cours des 6 mois qui viennent de s'écouler, combien de fois avez-vous été vous-même en rapport avec un ou plusieurs des professionnels ci-dessous **pour votre polyarthrite ou toute autre raison** :

	Nombre de fois les 6 derniers mois
Aide ménagère	/__/__/__/
Dentiste	/__/__/__/
Psychologue	/__/__/__/
Infirmière	/__/__/__/
<i>Organisations bénévoles</i>	
- Repas à domicile	/__/__/__/
- Association de malades	/__/__/__/
- Rencontres avec d'autres malades	/__/__/__/
Autres	/__/__/__/
.....	/__/__/__/

Y a-t-il d'autres personnes ou institutions avec qui vous avez été en contact au cours des 6 derniers mois et qui ne seraient pas dans cette liste ?

	Nombre de fois les 6 derniers mois
.....	/__/__/__/
.....	/__/__/__/
.....	/__/__/__/

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Situation sociale

c Revenu familial net

Quel est le revenu mensuel familial net ? Veuillez inclure les revenus de tous les membres de la famille et les revenus de tous types (cocher)

<i>EUROS</i>	<i>(FRANCS FRANÇAIS)</i>	
- Moins de 610	(moins de 4.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 610 et 1.220	(entre 4.000 et 8.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 1.220 et 1.830	(entre 8.000 et 12.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 1.830 et 2.440	(entre 12.000 et 16.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 2.440 et 2.745	(entre 16.000 et 18.000)	<input type="checkbox"/>
- plus de 2.745	(plus de 18.000)	<input type="checkbox"/>

c Revenu personnel net

Quel est votre revenu mensuel personnel net ? Veuillez inclure les revenus de tous types (cocher)

<i>EUROS</i>	<i>(FRANCS FRANÇAIS)</i>	
- moins de 610	(moins de 4.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 610 et 1.220	(entre 4.000 et 8.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 1.220 et 1.830	(entre 8.000 et 12.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 1.830 et 2.440	(entre 12.000 et 16.000)	<input type="checkbox"/>
- entre 2.440 et 2.745	(entre 16.000 et 18.000)	<input type="checkbox"/>
- plus de 2.745	(plus de 18.000)	<input type="checkbox"/>

Numéro centre /__/__/ /
Numéro patient /__/__/__/ /

Nom du patient /__/__/__/ /
Prénom patient /__/__/ /

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Couverture sociale

Quelle sorte de couverture sociale avez-vous ? Avez-vous seulement la sécurité sociale, une mutuelle ou les deux ? cocher une seule case

- Sécurité sociale
- Mutuelle
- Les deux
- Aucune

Pension ou invalidité

Percevez-vous des indemnités et/ou une pension pour couvrir les frais occasionnés par votre maladie ?

- OUI,
d'un montant deFF par an
(soit Euro par an)
- NON

Précisez votre statut professionnel actuel :

- travail à temps plein
- travail à temps partiel

Pourcentage temps complet : /__/__/ %

ou nombre d'heures par semaine : /__/__/

- retraité
- longue maladie
- homme ou femme au foyer
- étudiant (e)
- incapacité, invalidité pour une autre raison que la polyarthrite
- homme ou femme au foyer
- autre situation,
- Préciser :
- chômeur
Si vous êtes chômeur, quel est le dernier métier exercé :

.....
Si vous êtes en activité professionnelle, quel métier exercez-vous ?
.....

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Situation professionnelle

Etes-vous en activité professionnelle ?

OUI NON

Si en arrêt temporaire : Date de début de l'arrêt : /__/__/__/__/

La polyarthrite est-elle la cause ? OUI NON

Si en invalidité : Date de début de l'invalidité : /__/__/__/__/

/__/__/__/

La polyarthrite est-elle la cause ? OUI NON

Quelle est la catégorie d'invalidité ?

.....

Précisez en clair votre situation professionnelle actuelle :

.....

Depuis 6 mois, en supposant que vous êtes en activité professionnelle :

Si votre activité était complète, combien de **jours ouvrables (jo)** de travail avez-vous perdus suite à votre polyarthrite ? /__/__/__/__/ jo

Si votre activité a été mixte (partielle + totale) :

Combien de jours de travail partiel avez-vous perdus ? /__/__/__/__/ jo

Combien de jours de travail plein avez-vous perdus ? /__/__/__/__/ jo

Combien de mois auriez-vous dû travailler

- à temps plein : /__/__/__/ mois

- à temps partiel : /__/__/__/ mois

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

Aviez-vous un travail avant le début de votre polyarthrite ? OUI NON

La survenue de votre polyarthrite ou son aggravation a-t-elle eu des conséquences sur votre situation professionnelle (une seule réponse possible) ?

- Oui, j'ai dû changer de poste (mutation, etc...) sans pour autant changer de profession
- Oui, j'ai dû changer de profession sans pour autant changer le nombre d'heures travaillées (j'ai continué à travailler à temps plein ou à temps partiel).
- Oui, j'ai dû quitter un emploi à temps plein pour travailler à temps partiel.
- Oui, j'ai été licencié(e).
- Oui, j'ai été mis(e) en invalidité.
- Oui, j'ai été mis(e) en retraite anticipée.
- Autre (précisez) :

.....
.....

- Non, aucune conséquence.
- Ne me concerne pas, je n'ai jamais travaillé.

Vie sociale

- c Vivez-vous en couple ? OUI NON
- c Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? OUI NON
- c Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 6 derniers mois ? OUI NON
- c Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 6 derniers mois ? OUI NON
- c Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 6 derniers mois ? OUI NON
- c Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ? OUI NON
- c En cas de coup dur (financier, familial, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour
 - vous héberger quelques jours en cas de besoin ? OUI NON
 - vous apporter une aide en argent (y compris prêt) ? OUI NON
- c Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? OUI NON
- c Y a-t-il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ? OUI NON

Numéro centre /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

C Depuis 6 mois, avez-vous dû aménager votre habitat à cause de votre polyarthrite ? OUI NON

Si OUI, comment ?

.....
.....

Si OUI, lesquels ?

.....
.....

Combien cela a-t-il coûté ? (coût total) :FF ou.....Euros

Quel a été le coût pris en charge par la sécurité sociale ?FF ou.....Euros

C Depuis 6 mois, avez-vous dû aménager votre voiture à cause de votre polyarthrite ? OUI NON

Si OUI, quels aménagements ?

.....
.....

Combien cela a-t-il coûté ? (coût total) :FF ou.....Euros

Quel a été le coût à votre charge personnelle ? :FF ou.....Euros

Quel a été le coût pris en charge par la sécurité sociale ? :FF ou.....Euros

C Depuis 6 mois, avez-vous dû vous procurer des accessoires (chaussures, cannes) à cause de votre polyarthrite ? OUI NON

Si OUI, lesquels ?

.....
.....

Combien cela a-t-il coûté ? (coût total)FF ou..... Euros

Quel a été le coût à votre charge personnelle ? :FF ou..... Euros

Quel a été le coût pris en charge par la sécurité sociale ?FF ou..... Euros

C Pensez-vous que vous avez eu d'autres pertes d'argent du fait de votre maladie ? Par exemple, vous n'avez pas pu obtenir une situation ou une promotion ? OUI NON

Si oui, quelle somme pensez-vous que cela représente ?FF/an ouEuros/an

Numéro centre /__/__/__/
 Numéro patient /__/__/__/__/

Nom du patient /__/__/__/__/
 Prénom patient /__/__/__/

ESPOIR

Cahier Patient - Inclusion

c **Depuis 6 mois, avez-vous eu besoin d'assistance à cause de votre polyarthrite ?**

OUI NON

Si OUI, la ou lesquelles ?

.....

	Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par an	Coût pris en charge par une mutuelle	Coût à votre charge	Coût pris en charge par la sécurité sociale
Infirmière					
Employée de maison					
Garde d'enfants					
Chauffeur					

c **Depuis 6 mois, avez-vous dû effectuer des déplacements (consultations, hospitalisations, traitements divers) du fait de votre polyarthrite ?**

OUI NON

Si OUI, nombre de déplacements dans l'année : /__/__/__/

Lieu	Nombre de Km par déplacement	Nombre de déplacements par an	Mode de déplacement			Coût pris en charge par la Sécurité Sociale	Coût à votre charge
			VSL	Ambulance	Véhicule personnel		

Au cours de ces déplacements, devez-vous être accompagné(e) ? OUI NON

La personne accompagnante est-elle en activité professionnelle ? OUI NON

Quel est le temps global perdu par cette personne à chaque déplacement ? |__|__| h
 Combien de temps avez-vous passé pour voir le médecin et les autres professionnels de santé ou pour faire des tests ou des bilans pour votre maladie (en heures) : |__|__| h
 Si vous travaillez, combien de temps avez-vous dû prendre sur votre temps de travail? |__|__| h

Numéro patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/

Nom du patient /__/__/__/
Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier d'inclusion

9. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

9.1. SANG

Biothèque

La biothèque a-t-elle été constituée selon le protocole OUI NON

Biologie usuelle sang

- NFS
 - Leucocytes /__/__/__/__/__ /mm³
 - Lymphocytes /__/__/__/__/__ /mm³
 - Polynucléaires neutrophiles /__/__/__/__/__ /mm³
 - Polynucléaires Eosinophiles /__/__/__/__ /mm³
 - Taux hémoglobine /__/__/__, /__/ gr/dl
 - VGM /__/__/__/__ m³
- Plaquettes /__/__/__/__ 10³/mm³
- VS /__/__/__/__ mm (1^{ère} heure)
- CRP /__/__/__/__ mg/l
- ASAT /__/__/__/__ UI/l
- ALAT /__/__/__/__ UI/l
- g GT /__/__/__/__ UI/l
- Phosphatases alcalines /__/__/__/__/__ UI/l
- Créatinine /__/__/__/__ mmol/l
- Glycémie /__/__/__, /__/ mmol/l
- Triglycéride /__/__/__, /__/ mmol/l
- Cholestérol /__/__/__, /__/ mmol/l

Numéro patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/

Nom du patient /__/__/__/
Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier d' inclusion

Immunologie

- c Facteur rhumatoïde (quantitative) classe IgM /__/__/__/__/ U/ml
c Anti-kératine ou Anti-CCP /__/__/__/__/ U/ml
c AAN /__/__/__/__/ U/ml
- Si positif spécificité :
- Anti-DNA natif /__/__/__/__/ U/ml

9.2. PRELEVEMENTS ARTICULAIRES

9.2.1. Ponction articulaire

OUI NON

Site ponctionné.....

Côté : Droit Gauche

Siège d'une synovite clinique OUI NON

Quantité de liquide recueilli. /__/__/__/ ml

Leucocytes /__ /__/__/__/__/ ml

Polynucléaires /__ /__/__/__/__/ ml

Lymphocytes /__ /__/__/__/__/ ml

Cristaux OUI NON

Si oui, type

9.2.2. Biopsie synoviale

OUI NON

Technique : /__/
à l'aiguille = 1 ; arthroscopique = 2 ; chirurgicale = 3

Site biopsié :

Côté : Droit Gauche

Siège d'une synovite clinique OUI NON

Nombre de fragments de synoviale de 2 à 3 mm : /__/__/

Fragments synoviaux stockés selon la procédure OUI NON

Fragments adressés au laboratoire d'anatomo-pathologie
de votre hôpital OUI NON

Numéro patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/

Nom du patient /__/__/__/
Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier d' inclusion

10. EXPLORATIONS A VISEE STRUCTURALE

10.1. Radiographies standard ou numérisées 1/1 (datant de moins de 15 jours)

Mains et poignets de face

Faites OUI NON

Duplication OUI NON

Envoi au centre coordinateur - Date : /__/__/ /__/__/20/__/__/

Pieds de face

Faites OUI NON

Duplication OUI NON

Envoi au centre coordinateur - Date : /__/__/ /__/__/20/__/__/

Pieds de 3/4

Faites OUI NON

Duplication OUI NON

Envoi au centre coordinateur - Date : /__/__/ /__/__/20/__/__/

Thorax face

Faite OUI NON

Radiographies articulations atteintes

OUI NON

Si oui, lister :

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

10.2. Autres

Echographie mains et pieds OUI NON

IRM mains et pieds OUI NON

Numéro patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/

Nom du patient /__/__/__/
Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier d' inclusion

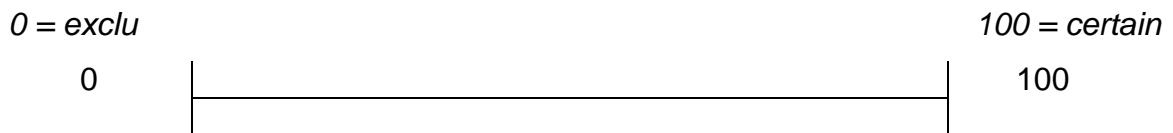
11. Au terme de cette consultation, le diagnostic du rhumatisme

a. Selon les critères de l'ACR 1987 pour la polyarthrite rhumatoïde :

- | | |
|--|---|
| c Raideur articulaire matinale | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c Arthrite d'au moins 3 groupes articulaires | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c Arthrite des articulations de la main | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c Arthrite symétrique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c Nodules rhumatoïdes | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c Facteur rhumatoïde sérique | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| c modifications radiologiques typiques | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

b. Selon votre opinion :

- i. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble



- ii. Le diagnostic d'une affection autre

- c Est exclu
- c Est envisageable

Citez l'affection à laquelle vous pensez

Le diagnostic de l'affection envisagée vous semble :



Numéro patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/

Nom du patient /__/__/__/
Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier d' inclusion

Au terme de cette consultation :

1. Le dossier patient a été correctement complété OUI NON
2. Les prélèvements ont été faits et correctement conditionnés selon
le manuel de procédure OUI NON
3. L'envoi des prélèvements biologiques au Centre de coordination
biologique est organisé OUI NON
4. Les radiographies des mains et pieds (3 clichés) ont été dupliquées,
anonymées selon le manuel de procédure OUI NON
5. L'envoi des radiographies au Centre coordinateur radiologique est
organisé OUI NON
6. Le rendez-vous pour la prochaine consultation, dans 6 mois, est fixé OUI NON
Date de la prochaine consultation : /__/__/__/20__/__/__/
7. La prise de sang (biologie usuelle et sérothèque) lors de la prochaine consultation
est organisée OUI NON

Vous devez rentrer les données cette consultation dans le dossier informatique.