Numéro centre /__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 8 ans*

Date de consultation */__/__/ /__/__/ 20/__/__/*

78. CRITERES DE NON SUIVI :

78.1. Patient décédé OUI ❑ NON ❑

si OUI, motif :……

date */__/__/ /__/__/ 20/__/__/*

78.2. Ne peut pas venir aux consultations OUI ❑ NON ❑

si OUI, motif :……

78.3. Patient perdu de vue OUI ❑ NON ❑

- date des dernières nouvelles */__/__/ /__/__/ 20/__/__/*

78.4. Rhumatisme classé de manière certaine et lié à une des étiologies suivantes : **OUI ❑ NON ❑**

si OUI, cocher au moins un des items suivants

- **Rhumatisme inflammatoire :**
  - Spondylarthropathie ❑
    - Syndrome de Reiter ❑
    - Entérocolopathie inflammatoire ❑
    - Rhumatisme psoriasique ❑
    - Spondylarthropathie psoriasique ❑
    - Spondylarthrite ankylosante ❑
    - Spondylarthropathie indifférenciée ❑
  - Rhumatisme métabolique ❑
    - Chondrocalcinose articulaire ❑
    - Hémochromatose ❑
    - Goutte ❑
    - Hypercholestérolémie sévère ❑
    - Rhumatisme à hydroxy-apatite ❑
  - Sarcoïdose ❑
  - Pseudopolyarthrite rhizomélique ❑
  - Maladie de Horton ❑
  - Amylose ❑

Liste complémentaire page suivante

- **Arthrite septique et rhumatisme post-infectieux**
  - Bactérien : ❑
    - Maladie de Whipple ❑
    - Streptococcique et RAA ❑
    - Arthrites à pyogènes ❑
    - Mycobactéries ❑
    - Pasteurellose d'inoculation ❑
    - Brucellose ❑
    - Borréliose ❑
    - Maladie de Lyme ❑
    - Endocardite d'Osler ❑
    - Syphilis secondaire ❑
  - Virale ❑
    - HCV ❑
    - HBV ❑
    - HIV ❑
    - Rubéole ❑
    - Oreillons ❑
    - Parvovirus B19 ❑
  - Parasitaire ❑
- **Connectivite et vascularite**
  - Périartérite noueuse ❑
  - Wegener ❑
  - Polymyosite ❑
  - Sclérodermie ❑
  - Lupus érythémateux ❑
  - Syndrome de Gougerot-Sjrögren primaire ❑
- **Rhumatisme des hémopathies** ❑
- **Rhumatisme des hémoglobinopathies** ❑
- **Rhumatisme paranéoplasique** ❑

  (si oui, précisez)……..……

- **Arthrose érosive** ❑
- **Autre** ❑

  (si oui, précisez)……..……

Une réponse positive justifie la sortie du patient de l'étude. Sinon, poursuivre ce cahier.

79. TRAITEMENT POUR LE RHUMATISME AYANT JUSTIFIE L'INCLUSION DU PATIENT DANS L'ETUDE.

79.a Traitements de fond *depuis la visite précédente* **OUI ❑ NON ❑**

N° 1 **Nom** (DCI) .....

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...) .....en ng, µg, mg, g, µl, ml (rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ **ou** déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ **ou** en cours ❑

N° 2 **Nom** (DCI) .....

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...) .....en ng, µg, mg, g, µl, ml (rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

N° 3 **Nom** (DCI) .....

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...) .....en ng, µg, mg, g, µl, ml (rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

N° 4 **Nom** (DCI) .....

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...) .....en ng, µg, mg, g, µl, ml (rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

79.b Corticothérapie depuis la visite précédente

ORALE *depuis visite précédente* OUI ❑ NON ❑

Si OUI : Nom .....

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

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

INTRA-MUSCULAIRE *depuis la visite précédente* **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI : Nom .....

Posologie par injection (mg) /__/__/__/

Nombre d'injections /__/__/

Date dernière injection /___/___/ /___/___/ /___/___/

INTRA-VEINEUSE *depuis la visite précédente* **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI : Nom .....

Posologie par injection (mg) /__/__/__/__/

Nombre d'injections /__/__/

Date dernière injection /___/___/ /___/___/ /___/___/

INTRA-ARTICULAIRE *depuis la visite précédente* **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI : Nom(s) .....

Localisations .....

.....

Posologie par injection (mg) /__/__/__/

Nombre d'injections /__/__/

Date dernière injection /___/___/ /___/___/ /___/___/

79.c Anti-inflammatoires non stéroïdiens *depuis la visite précédente* **OUI** ❑ **NON** ❑

N° 1 **Nom** (DCI) ……

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,…) ……en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ **ou** déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ **ou** en cours ❑

N° 2 **Nom** (DCI) ……

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,…) ……en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

N° 3 **Nom** (DCI) ……

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,…) ……en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /___/___/ (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale ❑, IV ❑, IM ❑, SC ❑, IA ❑, topique ❑ (rayer les mentions inutiles)

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

79.d Antalgiques *depuis la visite précédente* **OUI** ❑ **NON** ❑

N° 1 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne (nombre de comprimés/jour) .....

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

N° 2 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne (nombre de comprimés/jour) .....

Date de début /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou déjà noté à la visite précédente ❑

Date de fin /___/___/ /___/___/ /___/___/ ou en cours ❑

79.e <u>Autres médicaments</u> (quelque soit la pathologie)

Nom (DCI)	Posologie	Indication

80. CO-MORBIDITE ET ANTÉCÉDENTS

80.1. Evénements gastro-intestinaux graves

depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

si OUI,

- Ulcères ❑
- Perforations ❑
- Hémorragies ❑

80.2. Affections cardio-vasculaires

- **HTA** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si NON date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- traitement médicamenteux OUI ❑ NON ❑
- si oui date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- **Hypercholestérolémie** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si NON date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- traitement médicamenteux OUI ❑ NON ❑
- si oui date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- **Hypertriglycéridémie** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si NON date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- traitement médicamenteux OUI ❑ NON ❑
- si oui date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- **Ischémie myocardique** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si non date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- **Accident vasculaire (AVC, AIT)** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si non date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

80.3. Maladies néoplasiques

- **Maladie lymphoprolifératives** OUI ❑ NON ❑

  Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si non
  - laquelle…….
  - date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
  - rémission complète OUI ❑ NON ❑

- **Néoplasie** OUI ❑ NON ❑

  Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si non
  - laquelle ……...
  - date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
  - rémission complète OUI ❑ NON ❑

80.4. Tuberculose OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si non
- primo-infection OUI ❑ NON ❑
- tuberculose pulmonaire OUI ❑ NON ❑
  - osseuse OUI ❑ NON ❑
  - ganglionnaire OUI ❑ NON ❑
  - autre OUI ❑ NON ❑
  - si oui, préciser ……..
- date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

80.5. Maladies endocriniennes

- **Diabète** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si NON

- Insulino-dépendant OUI ❑ NON ❑
- date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Traitement médicamenteux OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- **Dysthyroïdie** OUI ❑ NON ❑

Si OUI, déjà *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

Si NON

- date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
- Type ……

80.6. Affections virales

	NON	OUI *déjà noté lors de la visite précédente*	OUI *Apparue depuis la visite précédente*
○ HIV	❑	❑	❑
○ HBV chronique	❑	❑	❑
○ HCV chronique	❑	❑	❑

80.7. Transfusion *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

si OUI, date /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

80.8. Vaccination *depuis la précédente visite*

- anti-hépatite B OUI ❑ NON ❑
- BCG OUI ❑ NON ❑
- Autre (précisez……) OUI ❑ NON ❑

80.9. Malade de sexe féminin **OUI ❑ NON ❑**

si OUI,

- Ménopause OUI ❑ NON ❑

  Si OUI,

  ⇨ *notée lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si OUI,

  - traitement hormonal substitutif /__/

    0 = non, comme déjà noté lors de la précédente visite
    1 = oui , comme déjà noté lors de la précédente visite
    2 = non, arrêté depuis la précédente visite
    3 = oui, initié depuis la précédente visite

  Si NON,

  - Date de début /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
  - Traitement hormonal substitutif OUI ❑ NON ❑

- Grossesse *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si *OUI*, débutée *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si oui, date de début /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

  Terminée *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si *OUI* (cocher 1 seule case)

  Accouchement à terme ❑
  Accouchement prématuré ❑
  Fausse-couche spontanée ❑
  Interruption volontaire de grossesse ❑
  Interruption thérapeutique de grossesse ❑

- Contraception orale *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑
  Si OUI, *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si NON, date de début /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

- Stérilet OUI ❑ NON ❑
  Si OUI, *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

  Si NON, date de mise en place /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

80.10 Toxiques *depuis la précédente visite*

- Tabac OUI ❑ NON ❑

Si OUI, *nombre moyen de cigarettes par jour depuis la précédente visite* /__/__/

- Alcool OUI ❑ NON ❑

Si OUI, *dose moyenne (grammes/jour) depuis la précédente visite* /__/__/__/ g

80.11 Antécédents ou affections concomitantes autres
(en cours ou terminé depuis la visite précédente)

Pathologie	Déjà noté lors de la visite précédente	Sinon, date de début	Date de fin ou ❑ en cours
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑
.....	OUI ❑ NON ❑	.....	.....❑

81. SIGNES ASSOCIÉS ET ACTIVITÉ DE LA MALADIE

81.1. Manifestations extra-articulaires *depuis la précédente visite*

- *Atteinte cardio-vasculaire*

Phlébite	OUI ❑	NON ❑
Embolie pulmonaire	OUI ❑	NON ❑
Péricardite	OUI ❑	NON ❑
Trouble de la conduction	OUI ❑	NON ❑
Trouble du rythme	OUI ❑	NON ❑
Valvulopathie	OUI ❑	NON ❑

- *Atteintes cutanées et muqueuses*

Alopécie	OUI ❑	NON ❑
Dermatite bulleuse	OUI ❑	NON ❑
Doigts boudinés	OUI ❑	NON ❑
Eruption érythémateuse	OUI ❑	NON ❑
Livédo	OUI ❑	NON ❑
Lupus discoïde	OUI ❑	NON ❑
Nodules rhumatoïdes	OUI ❑	NON ❑
Photosensibilité	OUI ❑	NON ❑
Psoriasis	OUI ❑	NON ❑
Purpura	OUI ❑	NON ❑
Prurit	OUI ❑	NON ❑
Syndrome de Raynaud	OUI ❑	NON ❑

- *Atteinte ganglionnaire*

Adénopathie	OUI ❑	NON ❑
Splénomégalie	OUI ❑	NON ❑

- *Atteinte pulmonaire*

Dyspnée	OUI ❑	NON ❑
Pleurésie	OUI ❑	NON ❑
Toux	OUI ❑	NON ❑

- *Manifestations neurologiques*

Convulsion	OUI ❑	NON ❑
Myalgie	OUI ❑	NON ❑
Polynévrite	OUI ❑	NON ❑
Polyradiculonévrite	OUI ❑	NON ❑
Syndrome canalaire	OUI ❑	NON ❑

- *Atteinte oculaire*

Cataracte	OUI ❑	NON ❑
Conjonctivite	OUI ❑	NON ❑
Episclérite-sclérite	OUI ❑	NON ❑
Kératite	OUI ❑	NON ❑
Rétinopathie	OUI ❑	NON ❑
Uvéïte	OUI ❑	NON ❑

Xerophtalmie* 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 ?

- *Atteinte ORL*

Acouphènes	OUI ❑	NON ❑
Altération du goût	OUI ❑	NON ❑
Altération de l'odorat	OUI ❑	NON ❑
Gonflement des glandes salivaires	OUI ❑	NON ❑
Hypoacousie	OUI ❑	NON ❑
Syndrome vestibulaire	OUI ❑	NON ❑
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 ?

- *Atteinte osseuse*

Fracture des os longs	OUI ❑	NON ❑
Fracture de fatigue	OUI ❑	NON ❑
Tassement vertébral	OUI ❑	NON ❑

- *Atteinte rénale*

Hématurie	OUI ❑	NON ❑
HTA	OUI ❑	NON ❑
Œdèmes	OUI ❑	NON ❑
Protéinurie	OUI ❑	NON ❑

81.2. Manifestations compatibles avec une spondylarthropathie *depuis la précédente visite*

- *Rachialgies inflammatoires* OUI ❑ NON ❑
  (douleur matinale améliorée par l'exercice, durée ≥ à 3 mois)
- *Fessalgies* OUI ❑ NON ❑
  - Unilatérales ❑
  - Bilatérales ❑
  - A bascule ❑
- *Talalgies* OUI ❑ NON ❑
- *Autre enthésiopathie* OUI ❑ NON ❑

Si oui, Précisez :

……

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

- Réveils nocturnes liés à la douleur (nombre) /__/__/
- Dérouillage matinal :
  - Durée /__/__/__/ min
  - Intensité de la raideur matinale :

Nulle | _____ | Extrême

- Asthénie

Absente | _____ | Extrême

- Douleur articulaire au repos

Absente | _____ | Extrême

- Douleur articulaire à la mobilisation

Absente | _____ | Extrême

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

Maladie inactive | _____ | Maladie active

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

Maladie inactive | _____ | Maladie active

81.4. Examen physique

81.4.1. Données générales

- Poids ce jour /__/__/,/__/__/ kg
- Tension artérielle /__/__/__/ / /__/__/__/ *mmHg*

81.4.2. Atteintes articulaires :

- *Squeeze test*

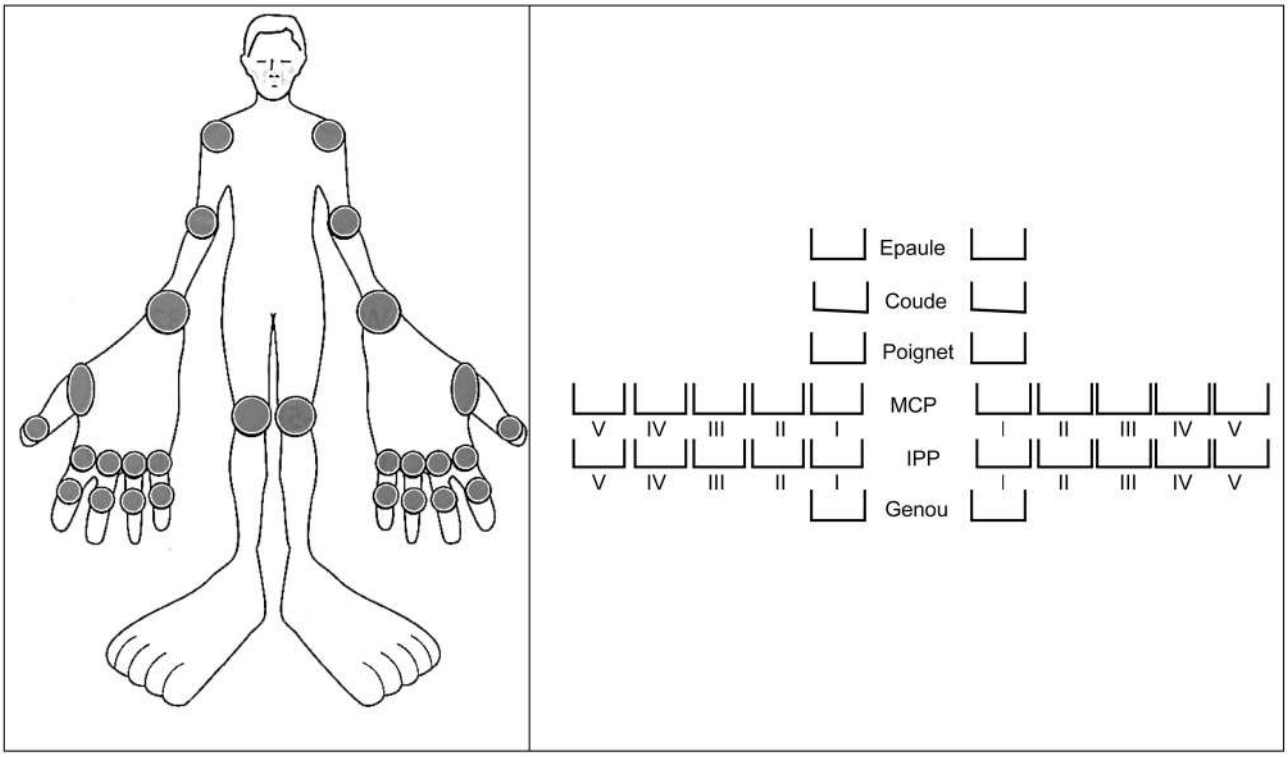
  Douleur à la compression bilatérale des MCP OUI ❑ NON ❑

  Douleur à la compression bilatérale des MTP OUI ❑ NON ❑

- **Indice de synovites**

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

Les 28 articulations à examiner :



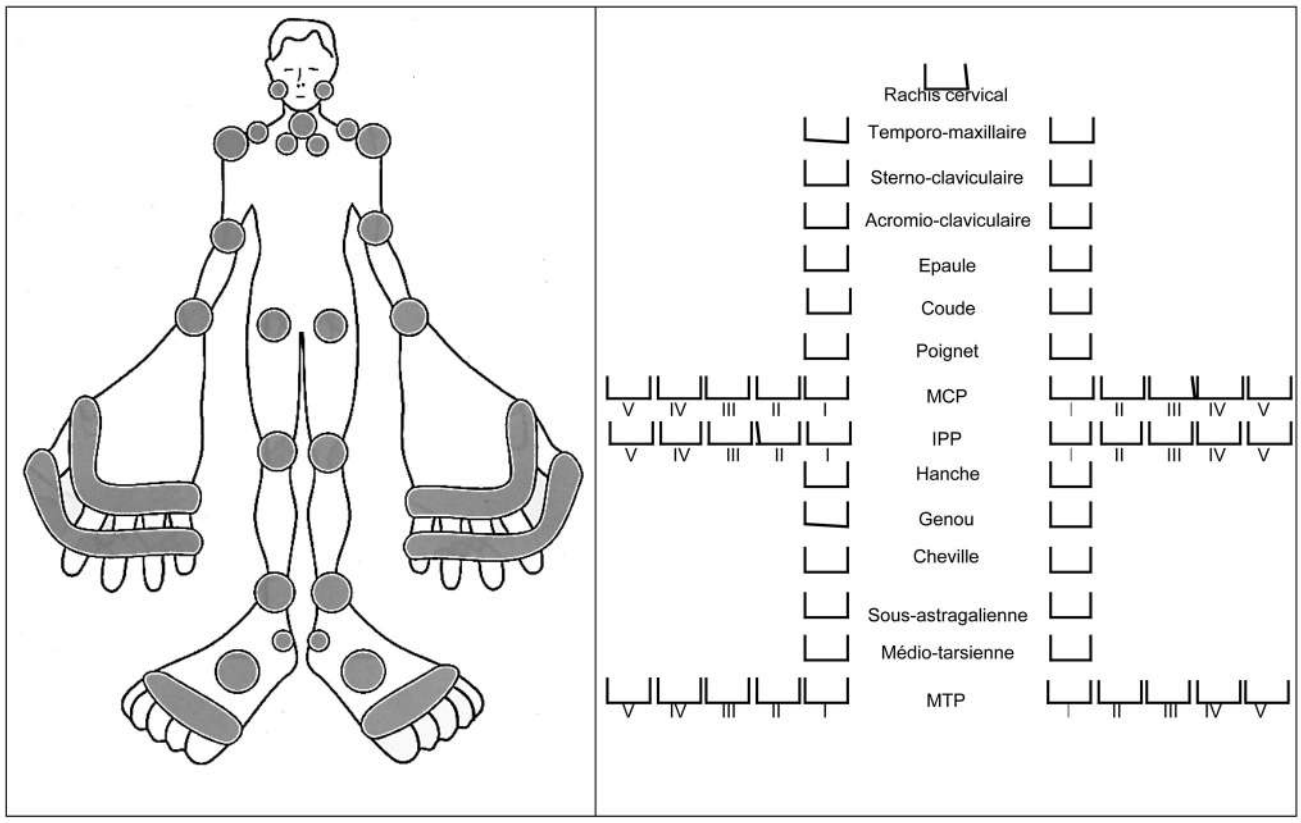
Score global = /__/__/

- **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 :



Score global = /__/__/__/

Numéro centre /__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 8 ans*

A cette étape de la présente consultation :

1. ***N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 515 à 541)***
2. ***De recueillir les données biologiques et radiologiques en conformité avec le protocole (cf. page 542 à 544)***
3. ***De donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 545)***
4. ***De gérer le suivi de votre patient (cf. page 546)***

82. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT

82.1. Caractéristiques sociales

Statut marital (cocher une seule case)

- marié(e) ❑
- concubinage ❑
- PACS ❑
- célibataire ❑
- divorcé(e) ❑
- veuf (ve) ❑

Statut parental

nombre d'enfants /__/__/

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

…… /__/__/__/__/__/

Lieu de vie : Commune de (cocher une seule case)

- Plus de 50 000 habitants ❑
- De 20 000 à 50 000 habitants ❑
- De 5 000 à 20 000 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 ❑
- Sans profession ❑

82.2. 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.

Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des <u>8 derniers jours</u>.

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

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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

Canne ❑

Accessoire pour s'habiller (crochet à bouton ou à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche…) ❑

Déambulateur ❑

Ustensile spécialement adapté ❑

Béquilles ❑

Chaise spécialement adaptée ❑

Chaise roulante ❑

Autre(s) (préciser) : ……. ❑

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

S'habiller et se préparer ❑

Manger ❑

Se lever ❑

Marcher ❑

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des <u>8 derniers jours</u>.

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

Veuillez 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) : .....

Veuillez 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 ❑

82.3 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.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre 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 12 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 ..... ❑

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	❑	❑	❑
b. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	❑	❑	❑
c. Soulever et porter les courses	❑	❑	❑
d. Monter **plusieurs étages** par l'escalier	❑	❑	❑
e. Monter **un étage** par l'escalier	❑	❑	❑
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	❑	❑	❑
g. Marcher **plus d'un km** à pied	❑	❑	❑
h. Marcher **plusieurs centaines de mètres**	❑	❑	❑
i. Marcher **une centaine de mètres**	❑	❑	❑
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	❑	❑	❑

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	❑	❑
b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaitées	❑	❑
c. Avez-vous dû arrêter de faire **certaines choses**	❑	❑
d. Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	❑	❑

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	❑	❑
b. Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaitées	❑	❑
c. Avez-vous eu des **difficultés** à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude	❑	❑

6. ***Au cours de ces <u>8 derniers jours</u> 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 <u>8 derniers jours</u>, quelle a été l'intensité de vos <u>douleurs physiques</u> ?***

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

8. ***Au cours de <u>ces 8 derniers jours</u>, 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 ..... ❑

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 :***

Entourez le chiffre qui correspond à votre choix

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

10. ***Au cours de ces <u>8 derniers jours</u> y a-t-il eu des moments où <u>votre état de santé, physique ou émotionnel</u>, 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

	totalement vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalement fausse
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	❑	❑	❑	❑	❑
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	❑	❑	❑	❑	❑
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	❑	❑	❑	❑	❑
d. Je suis en excellente santé	❑	❑	❑	❑	❑

82.4 EMIR court

Veuillez cocher la case qui décrit le mieux vos capacités au <u>cours des 4 dernières semaines.</u>

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 ?	❑	❑	❑	❑	❑
2. Etes-vous resté(e) assis(e) ou couché(e) presque toute la journée ou toute la journée ?	❑	❑	❑	❑	❑
3. Avez-vous eu des difficultés à faire certaines activités physiques intenses telles que : courir, soulever des objets lourds ou faire du sport ?	❑	❑	❑	❑	❑
4. Avez-vous eu des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres ou monter plusieurs étages ?	❑	❑	❑	❑	❑
5. Pour marcher, avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un ou d'une canne, de béquilles ou d'un appareillage ?	❑	❑	❑	❑	❑
6. Avez-vous été capable d'écrire facilement avec un stylo ou un crayon ?	❑	❑	❑	❑	❑
7. Avez-vous été capable de boutonner facilement des vêtements ?	❑	❑	❑	❑	❑
8. Avez-vous été capable de tourner facilement une clé dans une serrure ?	❑	❑	❑	❑	❑
9. Avez-vous été capable de vous peigner facilement ou brosser vos cheveux ?	❑	❑	❑	❑	❑
10. Avez-vous été capable d'atteindre facilement des étagères situées au-dessus de votre tête ?	❑	❑	❑	❑	❑
11. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous habiller ?	❑	❑	❑	❑	❑
12. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous mettre au lit ou en sortir ?	❑	❑	❑	❑	❑

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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 ?	❑	❑	❑	❑	❑
14. Votre raideur matinale a-t-elle durée plus d'une heure après votre réveil ?	❑	❑	❑	❑	❑
15. Vos douleurs vous ont-elles gêné(e) pour dormir ?	❑	❑	❑	❑	❑

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

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
21. Vous êtes vous réuni avec des amis ou des proches ?	❑	❑	❑	❑	❑
22. Avez-vous passé un moment au téléphone avec des amis ou des proches ?	❑	❑	❑	❑	❑
23. Avez-vous assisté à une réunion organisée par une association sportive, politique, religieuse, etc....?	❑	❑	❑	❑	❑
24. Avez-vous pensé que votre famille ou vos amis étaient attentifs à vos besoins ?	❑	❑	❑	❑	❑

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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 ?	❑	❑	❑	❑	❑
26. Les jours où vous travaillez, avez-vous été obligé(e) de changer de façon de travailler ?	❑	❑	❑	❑	❑

82.5. Questionnaire EUROQOL

Veuillez indiquerer, 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) ❑

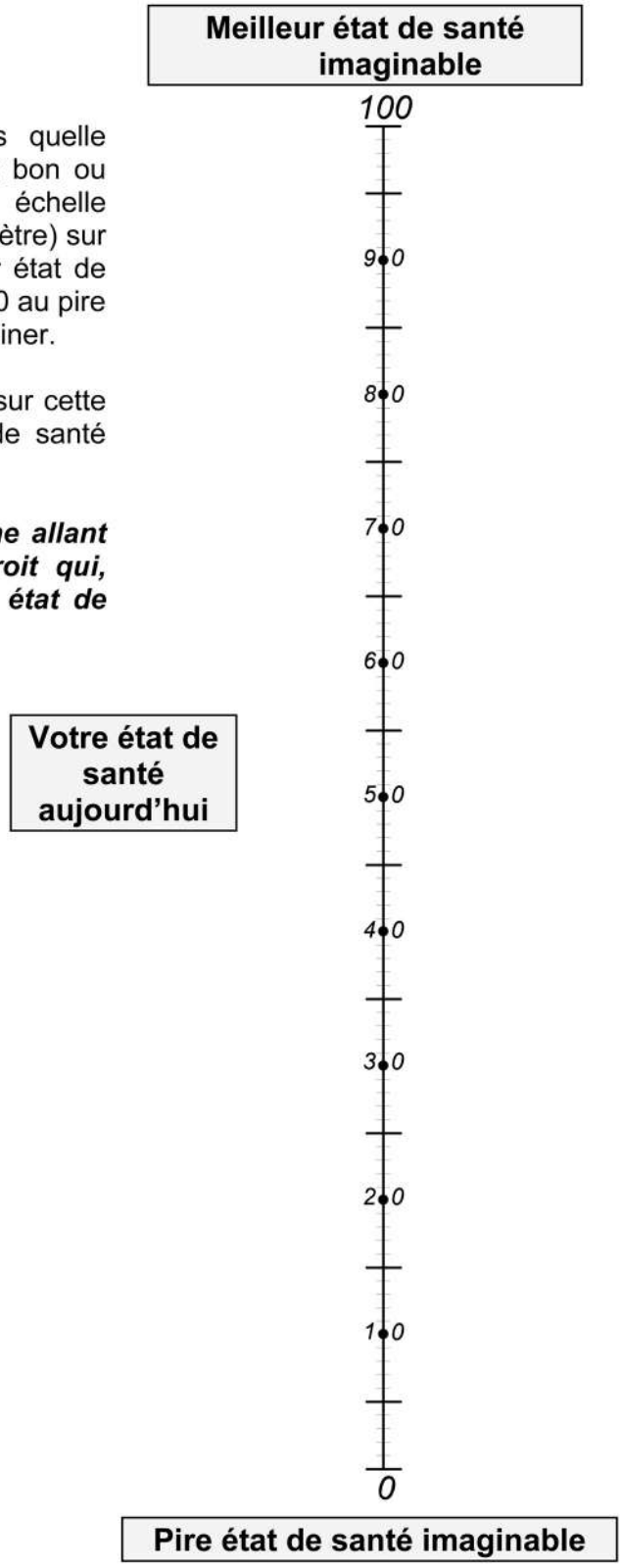
Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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.



82.6. Questionnaire médico-économique

Examens

Avez-vous, durant les 12 derniers mois, eu l'un des examens suivants ?

Type d'examen :		Si OUI, précisez le nombre et le type d'examen
Radiographie	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Test sanguin (prise de sang)	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Test urinaire	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Scanner	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
IRM	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Fibroscopie gastrique	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Colonoscopie	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....
Autres	OUI ❑ NON ❑	/__/ ....

Avez-vous compté la visite ESPOIR dans les examens réalisés ? oui ❑ non ❑

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Hospitalisation

Avez-vous été hospitalisé (e) au cours des 12 derniers mois ? ***OUI*** ❑ ***NON*** ❑

Hospitalisation	Motif	Date entrée	Nb de jours	Hospitalisation de jour	Lieu
n° 1		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 2		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 3		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 4		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 5		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 6		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 7		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	
n° 8		|__|__| |__|__| Jour Mois		OUI ❑ NON ❑	

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Depuis 12 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) ?		
/___/___/___/	/___/___/___/	/___/___/___/

Avez-vous eu **une 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 intervention(s) chirurgicale(s) ? (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 ? **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 : /___/___/___/

Autres soins

Depuis 12 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 12 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 patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Professionnels

Au cours des **12 derniers mois**, combien de fois avez-vous été en rapport avec une ou plusieurs des professionnels ci-dessous **pour votre polyarthrite ou pour toute autre raison vous concernant directement** :

	Nombre de fois les 12 derniers mois
Aide ménagère	/___/___/
Dentiste	/___/___/
Psychologue	/___/___/
Infirmière	/___/___/
Organisations bénévoles - 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 12 derniers mois et qui ne seraient pas dans cette liste ?

	Nombre de fois les 12 derniers mois
……	/___/___/
……	/___/___/
……	/___/___/

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)

	EUROS	*(FRANCS FRANÇAIS)*	
-	Moins de 610	(moins de 4.000)	❑
-	entre 610 et 1.220	(entre 4.000 et 8.000)	❑
-	entre 1.220 et 1.830	(entre 8.000 et 12.000)	❑
-	entre 1.830 et 2.440	(entre 12.000 et 16.000)	❑
-	entre 2.440 et 2.745	(entre 16.000 et 18.000)	❑
-	plus de 2.745	(plus de 18.000)	❑

Refus de répondre ❑

C Revenu personnel net

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

	EUROS	*(FRANCS FRANÇAIS)*	
-	moins de 610	(moins de 4.000)	❑
-	entre 610 et 1.220	(entre 4.000 et 8.000)	❑
-	entre 1.220 et 1.830	(entre 8.000 et 12.000)	❑
-	entre 1.830 et 2.440	(entre 12.000 et 16.000)	❑
-	entre 2.440 et 2.745	(entre 16.000 et 18.000)	❑
-	plus de 2.745	(plus de 18.000)	❑

Refus de répondre ❑

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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 de ……..FF par an (soit …….. Euro par an)
- ❑ NON

Précisez votre statut professionnel actuel (un seul choix possible) **:**

- ❑ Travail à temps plein
  Quel est votre métier ? ……
- ❑ Travail à temps partiel
  % temps complet : /___/___/___/ ou nombre d'heures/semaine /___/___/
  Quel est votre métier ? ……
- ❑ Longue maladie
  Quel est le dernier métier exercé ?……
- ❑ Chômeur
  Quel est le dernier métier exercé ?……
- ❑ Retraité
- ❑ Etudiant (e)
- ❑ Homme ou femme au foyer
- ❑ Autre situation,
  Laquelle : ……..
  Si en activité quel est votre métier ? ……..

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Invalidité ❑ OUI,❑ NON

Depuis quelle date /___/___/ /___/___/ /___/___/

La polyarthrite rhumatoïde est-elle en cause ? ❑ OUI,❑ NON

Quelle est la catégorie d'invalidité ? ……

Arrêt de travail ❑ OUI,❑ NON

Date de début de l'arrêt /___/___/ /___/___/ /___/___/

La polyarthrite rhumatoïde est-elle en cause ? ❑ OUI,❑ NON

Durant les 12 derniers mois, pendant combien de jours avez-vous été incapable d'effectuer vos activités habituelles (travail ou tâches domestiques) ?

/___/___/___/ jo

Si votre activité a été mixte depuis la dernière visite (enchaînement de périodes à temps partiels et de périodes à temps plein) :

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 depuis la dernière visite :

A temps plein /___/___/ mois

A temps partiel /___/___/ mois % de temps complet : …… %

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

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

- Vivez-vous en couple ? OUI ❑ NON ❑
- Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? OUI ❑ NON ❑
- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? OUI ❑ NON ❑
- Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ? OUI ❑ NON ❑
- Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ? OUI ❑ NON ❑
- Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ? OUI ❑ NON ❑
- 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 ❑
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? OUI ❑ NON ❑
- 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 ❑

Depuis 12 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

Depuis 12 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

Depuis 12 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

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 ou ……...Euros/an

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Depuis 12 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					

Depuis 12 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	Ambu-lance	Véhicule personnel	Trans-port en commun		

Avez-vous compté la visite ESPOIR dans vos déplacements ? OUI ❑ NON ❑

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

Si vous travaillez, combien de temps avez-vous dû prendre sur votre temps de travail ? /__/__/ h

83. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

83.1. SANG

Biologie usuelle sang (*Examens conseillés, mais non systématiques)*

- NFS
  - Leucocytes /__/__/__/__/__/ /mm^3
  - Lymphocytes /__/__/__/__/ /mm^3
  - Polynucléaires neutrophiles /__/__/__/__/ /mm^3
  - Polynucléaires Eosinophiles /__/__/__/ /mm^3
  - Taux hémoglobine /__/__/,/__/ gr/dl
  - VGM /__/__/__/ m^3
- Plaquettes /__/__/__/ 10^3/mm^3
- VS /__/__/__/ mm (1ère heure)
- CRP /__/__/__/ mg/l
- ASAT /__/__/__/ UI/l
- ALAT /__/__/__/ UI/l
- Triglycérides /__/__/__/__/ mmo/l
- Cholestérol total /__/,/__/__/ µmol/l
- HDL cholestérol /__/,/__/__/ µmol/l
- Ferritinémie /__/__/__/__/__/ µg/l

Immunologie

- Facteur rhumatoïde (quantitative) classe IgM /__/__/__/__/ U/ml
- Anti-kératine positif ❑ négatif ❑ non fait ❑
- Anti-CCP positif ❑ négatif ❑ non fait ❑

83.2. PRELEVEMENTS ARTICULAIRES CE JOUR

83.2.1. 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 ……

83.2.2. 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 centre de ressources biologiques OUI ❑ NON ❑

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

84. EXPLORATIONS A VISEE STRUCTURALE

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

Radiographies standard des mains et des pieds OUI ❑ NON ❑

Si oui, avez-vous noté des érosions OUI ❑ NON ❑

84.2. Autres

Echographie mains et pieds OUI ❑ NON ❑

IRM mains et pieds OUI ❑ NON ❑

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

a. Selon les critères de l'ACR 1987 pour la polyarthrite rhumatoïde :
(données recueillies ce jour)

- Raideur articulaire matinale OUI ❑ NON ❑
- Arthrite d'au moins 3 groupes articulaires OUI ❑ NON ❑
- Arthrite des articulations de la main OUI ❑ NON ❑
- Arthrite symétrique OUI ❑ NON ❑
- Nodules rhumatoïdes OUI ❑ NON ❑
- Facteur rhumatoïde sérique OUI ❑ NON ❑
- Modifications radiologiques typiques OUI ❑ NON ❑

b. Selon votre opinion :

i. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble

0 = exclu *100 = certain*

0 ——————————— 100

ii. Le diagnostic d'une affection autre

- Est exclu ❑
- Est envisageable ❑

Citez l'affection à laquelle vous pensez ……

Le diagnostic de l'affection envisagée vous semble :

0 = exclu *100 = certain*

0 ——————————— 100

Numéro patient /__/__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro centre /__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 8 ans*

Au terme de cette consultation :

1. Le dossier patient a été correctement complété OUI ❑ NON ❑
2. Le rendez-vous pour la prochaine consultation, dans 1 an, est fixé OUI ❑ NON ❑

   Date de la prochaine consultation : */__/__/ /__/__/20/__/__/*
3. La prise de sang (biologie usuelle) lors de la prochaine consultation est organisée OUI ❑ NON ❑

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

Attention ! à la prochaine visite (9 ans)

1. **il est prévu un examen biologique usuel**
2. **il n'est pas prévu un examen radiographique centralisé**
3. **il n'est pas prévu d'examens biologiques centralisés (mais seulement la biologie usuelle)**