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

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 14 ans*

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

1. CRITERES DE NON SUIVI :

1.1. Patient décédé OUI ❑ NON ❑

si OUI, motif :……...

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

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

si OUI, motif :……

1.3. Patient perdu de vue OUI ❑ NON ❑

date des dernières nouvelles /__/__/ /__/__/ 20/__/__/

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

si OUI, cocher au moins un des items suivants

- **Rhumatisme inflammatoire :**
  - Spondyloarthrite _____❑
    - Syndrome de Reiter ❑
    - Entérocolopathie inflammatoire ❑
    - Rhumatisme psoriasique ❑
    - Spondyloarthrite psoriasique ❑
    - Spondyloarthrite ankylosante ❑
    - Spondyloarthrite indifférenciée ❑
  - Rhumatisme métabolique ❑
    - Chondrocalcinose articulaire ❑
    - Hémochromatose ❑
    - Goutte ❑
    - Hypercholestérolémie sévère ❑
    - Rhumatisme à hydroxy-apatite ❑
  - Sarcoïdose ❑
  - Pseudopolyarthrite rhizomélique ❑
  - Maladie de Horton ❑
  - Amylose ❑
  - Autre : ❑
    si oui préciser :……

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**
  - Péri-artérite noueuse ❑
  - Wegener ❑
  - Polymyosite ❑
  - Sclérodermie ❑
  - Lupus érythémateux ❑
  - Syndrome de Gougerot-Sjögren primaire ❑
  - Autre : ❑

    Si oui, préciser : ……
- **Rhumatisme des hémopathies** ❑
- **Rhumatisme des hémoglobinopathies** ❑
- **Rhumatisme paranéoplasique** ❑

  si oui, préciser……..…
- **Arthrose érosive** ❑
- **Autre :** ❑

  si oui, préciser :……..……

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

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

2.1. 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 ❑

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

ESPOIR Cahier suivi Médecin 14 ans

Séquences thérapeutiques depuis la dernière visite

Dans le remplissage de cette partie on ne raisonne plus en termes de traitements mais en séquences thérapeutiques c'est-à-dire que l'on reporte les monothérapies et les associations et pour tout nouveau début ou arrêt de traitement on débute une nouvelle séquence thérapeutique.
Vous ne devez pas tenir compte des changements de posologie ni des arrêts de traitements de moins de 3 mois.

Exemple :

Résumé pour des informations actuellement saisies dans la base pour un des patients

Visite	Traitement	Posologie	Date de début	Déjà noté	Date de fin	En cours
6 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)	19/06/04			☒
6 MOIS	adalimumab	40 mg/2 semaine(SC)	17/09/04			☒
12 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		☒		☒
12 MOIS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)	25/02/05			☒
12 MOIS	adalimumab	40 mg/2 semaine(SC)		☒	24/02/05	
18 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		☒		☒
18 MOIS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
2 ANS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		☒		☒
2 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
3 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
3 ANS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		☒	01/01/07	
3 ANS	methotrexate	17,5 mg/1 semaine(orale)	04/01/07		01/04/07	
3 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)	04/04/07			☒
4 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
4 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)		☒		☒
5 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
5 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)		☒	06/04/09	
6 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒		☒
6 ANS	methotrexate	10 mg/1 semaine(orale)	01/07/09			☒
7 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		☒	01/01/11	☒
7 ANS	etanercept	50 mg/10 jour(SC)	02/01/11			☒
7 ANS	methotrexate	10 mg/1 semaine(orale)		☒	01/04/11	
8 ANS	etanercept	50 mg/10 jour(SC)		☒		☒

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

ESPOIR — *Cahier suivi Médecin 14 ans*

Voici les informations traduites en séquences thérapeutiques qui seront à remplir dans le CRF pour ce même patient (en rouge), il faudra bien sûr ajouter les raisons d'arrêt après avoir recherché l'information dans les dossiers sources :

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
☒ **Methotrexate** ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	*19/06/2004*	*17/09/2004*	❑	☒ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
☒ **Methotrexate** ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ☒ **Adalimumab,** ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	*17/09/2004*	*24/02/2005*	❑	☒ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
☒ **Methotrexate** ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ☒ **Etanercept,** ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	*25/02/2005*	*01/04/2011*	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ☒ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ☒ **Etanercept,** ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	*01/04/2011*	_ _/_ _/_ _ _ _	☒	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __

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

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 14 ans*

Complétez les séquences thérapeutiques de votre patient *depuis la visite précédente* :

Ne reprendre que les séquences en cours de la visite précédente ou les nouvelles séquences !

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __

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

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 14 ans*

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __
❑ Methotrexate ❑ Leflunomide ❑ Sulfasalazine ❑ Hydroxychloroquine ❑ Sels d'or injectable ❑ Adalimumab, ❑ Etanercept, ❑ Infliximab, ❑ Certolizumab, ❑ Golimumab, ❑ Abatacept, ❑ Rituximab ❑ Tocilizumab, ❑ Autres (précisez) : ……	_ _/_ _/_ _ _ _	_ _/_ _/_ _ _ _	❑	❑ Inefficacité ❑ Effet secondaire ❑ Rémission ❑ Chirurgie ❑ Grossesse ❑ Souhait patient ❑ Autre (précisez) : …… ❑ Patient non suivi Date de dernière visite : __ __/__ __/__ __

2.2. Corticothérapie *depuis la visite précédente*

ORALE *depuis visite précédente* OUI ❑ NON ❑

Si OUI :

Nom (DCI) ……

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

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

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

Nom (DCI) ……

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

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

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

Nom (DCI) ……

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

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

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

Nom (DCI) ……

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

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

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

INTRAMUSCULAIRE *depuis la visite précédente* OUI ❑ NON ❑

Si OUI : Nom (DCI) ……

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

Nombre d'injections /__/__/

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

INTRAVEINEUSE *depuis la visite précédente* OUI ❑ NON ❑

Si OUI : Nom (DCI) ……

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

Nombre d'injections /__/__/

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

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

Si OUI : Nom(s) (DCI) ……..

Localisations ……

Posologie par injection /__/__/__/mg

Nombre d'injections /__/__/

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

Nom(s) (DCI) ……

Localisations ……..

Posologie par injection /__/__/__/ mg

Nombre d'injections /__/__/

Nom(s) (DCI) ……

Localisations ……..

Posologie par injection /__/__/__/ mg

Nombre d'injections /__/__/

2.3. 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)

Nombre de jours depuis la dernière visite /___/___/

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)

Nombre de jours depuis la dernière visite /___/___/

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)

Nombre de jours depuis la dernière visite /___/___/

2.4. Autres médicaments *depuis la visite précédente* (quelque soit la pathologie)

Nom	Posologie	Indication

3. CO-MORBIDITE ET ANTÉCÉDENTS

3.1. Evénements gastro-intestinaux graves *depuis la visite précédente* OUI ❑ NON ❑

si OUI,

- Ulcères ❑
- Perforations ❑
- Hémorragies ❑

3.2. Affections cardio-vasculaires *depuis la visite précédente*

- **HTA** **OUI ❑ NON ❑**

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

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

  Traitement médicamenteux* OUI ❑ NON ❑

  si oui, date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Le/la patient(e) a un tensiomètre à son domicile : OUI ❑ NON ❑

Si OUI, quelle est la fréquence des auto-mesures de la tension :
❑ <1 MOIS ❑ 1-3 MOIS ❑ 3-6 MOIS ❑ 6-12 MOIS ❑ >12 MOIS

Si NON, quelle est la fréquence des mesures de la tension par le généraliste ou le cardiologue :
❑ <1 MOIS ❑ 1-3 MOIS ❑ 3-6 MOIS ❑ 6-12 MOIS ❑ >12 MOIS

**S'assurer que le(s) traitement(s) anti-hypertenseur(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

- **Hypercholestérolémie** **OUI ❑ NON ❑**

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

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

  Traitement médicamenteux* OUI ❑ NON ❑

  si oui, date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

**S'assurer que le(s) traitement(s) hypocholestérolémiant(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

- **Hypertriglycéridémie OUI ❑ NON ❑**
  Si OUI, déjà *notée lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑
  Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
  Traitement médicamenteux* OUI ❑ NON ❑
  si oui, date du 1er traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

**S'assurer que le(s) traitement(s) hypotriglycéridémiant(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

- **Antécédent familial de maladie coronaire** OUI ❑ NON ❑

Un membre de la famille (sœur, frère, père, mère) a souffert d'un infarctus du myocarde ou est décédé de mort subite avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme).

- **Maladie cardiovasculaire avérée** OUI ❑ NON ❑

Ischémie myocardique OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'angine de poitrine OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'infarctus du myocarde (syndrome coronaire aigu) OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'une coronaropathie silencieuse OUI ❑ NON ❑
Si OUI, déjà *notée lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Insuffisance cardiaque OUI ❑ NON ❑
Si OUI, déjà *notée lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Accident vasculaire (AVC, AIT) OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'accident ischémique transitoire OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'accident vasculaire cérébral OUI ❑ NON ❑
Si OUI, déjà *notée lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Maladie vasculaire périphérique OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'un anévrisme aortique OUI ❑ NON ❑
Si OUI, s'agit-il d'une artériopathie des membres inférieurs OUI ❑ NON ❑
Si OUI, déjà *notée lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Un traitement à visée cardiovasculaire est-il en cours* OUI ❑ NON ❑
Si OUI, déjà *noté lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date d'initiation du traitement /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

**S'assurer que le(s) traitement(s) à visée cardiovasculaire est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 37.e).*

3.3. Maladies néoplasiques

- **Maladie lymphoprolifération** 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 ❑

3.4. 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 /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

3.5. Maladies endocriniennes *depuis la visite précédente*

- Diabète OUI ❑ NON ❑

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

Si NON,

- Insulino-dépendant OUI ❑ NON ❑
- date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
- traitement anti-diabétique OUI ❑ NON ❑

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

en cours **OUI ❑ NON ❑**

*S'assurer que le(s) traitement(s) anti-diabétique(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).

Le/la patient(e) a un lecteur de glycémie à son domicile **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI, quelle est la fréquence des auto-mesures de la glycémie

Quotidienne ❑ Hebdomadaire ❑ Mensuelle ❑ Annuelle ❑

- **Dysthyroïdie** OUI ❑ NON ❑

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

Si NON

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

3.6. Infections sévères et opportunistes depuis la visite précédente

3.6.1 Infections sévères depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Définition:
- Provoquent le décès
- Mettent en jeu le pronostic vital
- Nécessitent ou prolongent l'hospitalisation
- Nécessitent une antibiothérapie en IV

Si OUI,

Dates	*Nature*	*Germes*	*Evolution*
/__/__/ /__/__/ /__/__/	Septicémie……. ❑ Arthrite septique ….. ❑ Poumon…….. ❑ Peau…….. ❑ Voies urinaires…….. ❑ ORL…….. ❑ Digestif…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ----------	Aucun…….. ❑ Staphylocoques ❑ Streptocoques.. ❑ Gram –…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ---------- ----------	Guérison ❑ Décès ❑ Séquelles (précisez) : ❑ ---------- ----------
/__/__/ /__/__/ /__/__/	Septicémie……. ❑ Arthrite septique ….. ❑ Poumon…….. ❑ Peau…….. ❑ Voies urinaires…….. ❑ ORL…….. ❑ Digestif…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ----------	Aucun…….. ❑ Staphylocoques ❑ Streptocoques.. ❑ Gram –…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ---------- ----------	Guérison ❑ Décès ❑ Séquelles (précisez) : ❑ ---------- ----------
/__/__/ /__/__/ /__/__/	Septicémie……. ❑ Arthrite septique ….. ❑ Poumon…….. ❑ Peau…….. ❑ Voies urinaires…….. ❑ ORL…….. ❑ Digestif…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ----------	Aucun…….. ❑ Staphylocoques ❑ Streptocoques.. ❑ Gram –…….. ❑ Autres (précisez) : ❑ ---------- ----------	Guérison ❑ Décès ❑ Séquelles (précisez) : ❑ ---------- ----------

3.6.2 Infections opportunistes *depuis la visite précédente* OUI ❑ NON ❑

- **Infections bactériennes** Angiomatose bacillaire…… Listériose …… Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire …… Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées …… Nocardiose …… Pneumonie à Pneumocystis jiroveci …… Septicémie à Salmonelles……	OUI ❑ NON ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑
- **Infections virales** Cytomegalovirus disséminé (1) …… Atteinte systémique liée à Herpes simplex… Leucoencéphalopathie multifocale progressive…….. Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale…… Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux……	OUI ❑ NON ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑
- **Infections parasitaires** Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) ….. Leishmaniose disséminée…… Toxoplasmose cérébrale……	OUI ❑ NON ❑ ❑ ❑ ❑
- **Infections fungiques** Aspergillose invasive …… Candidose œsophagienne ou disséminée…… Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire…… Cryptococcose extra-pulmonaire…… Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois). Histoplasmose disséminée ou extra-pulmonaire……	OUI ❑ NON ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑ ❑

(1) Le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV et sur plus d'un organe atteint.

3.7. Affections virales *depuis la précédente visite*

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

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

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

3.9. Vaccination *depuis la précédente visite*

- ○ anti-hépatite B OUI ❑ NON ❑
- ○ BCG OUI ❑ NON ❑
- ○ Pneumocoque OUI ❑ NON ❑

  Si oui,

  - Pneumo 23 ❑
  - Prevenar 13 ❑

- ○ Grippe OUI ❑ NON ❑
- ○ Fièvre jaune OUI ❑ NON ❑
- ○ Tétanos OUI ❑ NON ❑
- ○ Rougeole OUI ❑ NON ❑
- ○ Varicelle OUI ❑ NON ❑
- ○ Polyomyélite OUI ❑ NON ❑
- ○ Autre (précisez……) OUI ❑ NON ❑

3.10. Patient 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** *depuis la précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si OUI, *noté lors de la précédente visite* OUI ❑ NON ❑

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

3.11. Ostéoporose *depuis la précédente visite* **OUI ❑ NON ❑**

- **Fracture et facteurs de risque de fracture**

  ○ Le patient a-t-il souffert d'une fracture non traumatique OUI ❑ NON ❑

  Si oui,

  - col du fémur OUI ❑ NON ❑
  - tête de l'humérus OUI ❑ NON ❑
  - vertèbre OUI ❑ NON ❑
  - poignet OUI ❑ NON ❑
  - côtes (3 ou plus) OUI ❑ NON ❑
  - bassin OUI ❑ NON ❑
  - autre : préciser ..... OUI ❑ NON ❑

  ○ Le patient a-t-il diminué de taille >4 cm depuis l'âge de 20 ans ? OUI ❑ NON ❑

  ○ Indice de Masse Corporelle (poids en kg / taille en m_2) <19 OUI ❑ NON ❑

  ○ Traitement corticoïdes pendant ou depuis plus de 3 mois OUI ❑ NON ❑

  ○ Chute >1/an ou crainte de tomber OUI ❑ NON ❑

  ○ Antécédent familial de fracture de hanche OUI ❑ NON ❑

  ○ Diagnostic d'ostéoporose secondaire OUI ❑ NON ❑

  Si oui,

  - Diabète de type 1 OUI ❑ NON ❑
  - Ostéogénèse imparfaite OUI ❑ NON ❑
  - Hyperthyroïdie OUI ❑ NON ❑
  - Hypogonadisme OUI ❑ NON ❑
  - Ménopause précoce (<45 ans) OUI ❑ NON ❑
  - Malnutrition chronique OUI ❑ NON ❑
  - Malabsorption OUI ❑ NON ❑
  - Hépatopathie chronique OUI ❑ NON ❑

- **Supplémentation médicamenteuse** **OUI ❑ NON ❑**

  - Calcium OUI ❑ NON ❑
  - Vit D OUI ❑ NON ❑
  - Bisphosphonates OUI ❑ NON ❑
  - Ranelate de strontium OUI ❑ NON ❑
  - Raloxifène OUI ❑ NON ❑
  - Teriparatide OUI ❑ NON ❑
  - Denosumab OUI ❑ NON ❑

- **Densitométrie osseuse** **OUI ❑ NON ❑**

Si oui,

Tscore lombaire	Tscore fémoral	Date
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/

3.12. Toxiques

- **Tabac** *depuis la précédente visite (fume-t-il (elle) ou a-t-il (elle) fumé ?)* **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI,

○ date de début…… /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ ……OU déjà noté ….❑

○ Le/la patient(e) fume-t-il (elle) encore ? OUI ❑ NON ❑

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

Si non, date d'arrêt …… /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

○ Estimation du tabagisme en paquet/année* /__/__/

**Multiplier le nombre moyen de paquet(s) consommé(s) par jour (1 paquet de cigarettes = ½ paquet de tabac à rouler) par le nombre d'années (Exemple : 10 cigarettes par jour pendant 30 ans = ½ paquet de cigarettes par jour pendant 30 ans = 15 paquet-année).*

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

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

3.13. Antécédents ou affections concomitantes autres (en cours ou terminés *depuis la précédente visite*)

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 ❑	_ _/ _ _/_ _	_ _/ _ _/_ _ ❑
……	OUI ❑ NON ❑	_ _/ _ _/_ _	_ _/ _ _/_ _ ❑
……	OUI ❑ NON ❑	_ _/ _ _/_ _	_ _/ _ _/_ _ ❑

4. SIGNES ASSOCIÉS ET ACTIVITÉ DE LA MALADIE

4.1. 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 ❑

4.2. Manifestations compatibles avec une spondyloarthrite *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 :

  ……

4.3. 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

4.4. Examen physique

4.4.1. Données générales CE JOUR

- Poids /__/__/,/__/__/ kg
- Taille /__/,/__/__/ *m*
- Circonférence abdominale /__/__/__/ *cm*
- Tension artérielle /__/__/__/ / /__/__/__/ *mmHg*

4.4.2. Atteintes articulaires :

- *Squeeze test*

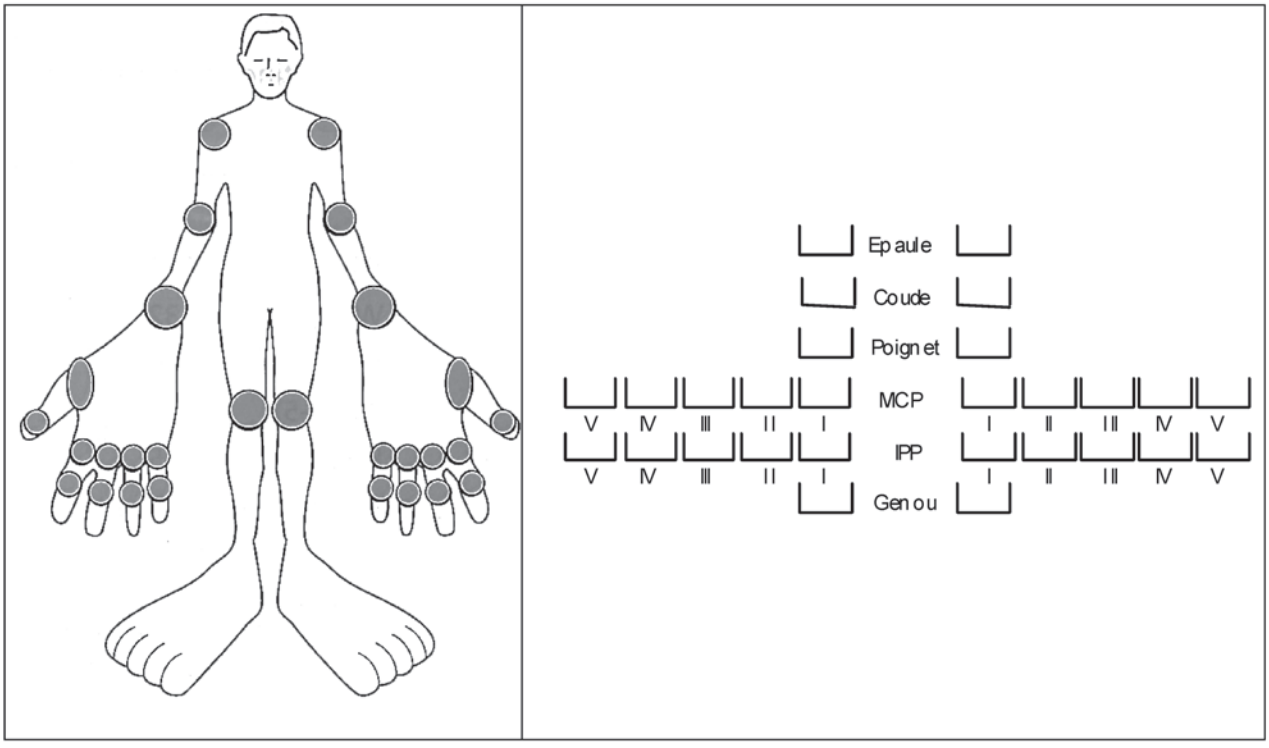
  Douleur à la compression bilatérale des MCP OUI ❑ NON ❑

  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 :

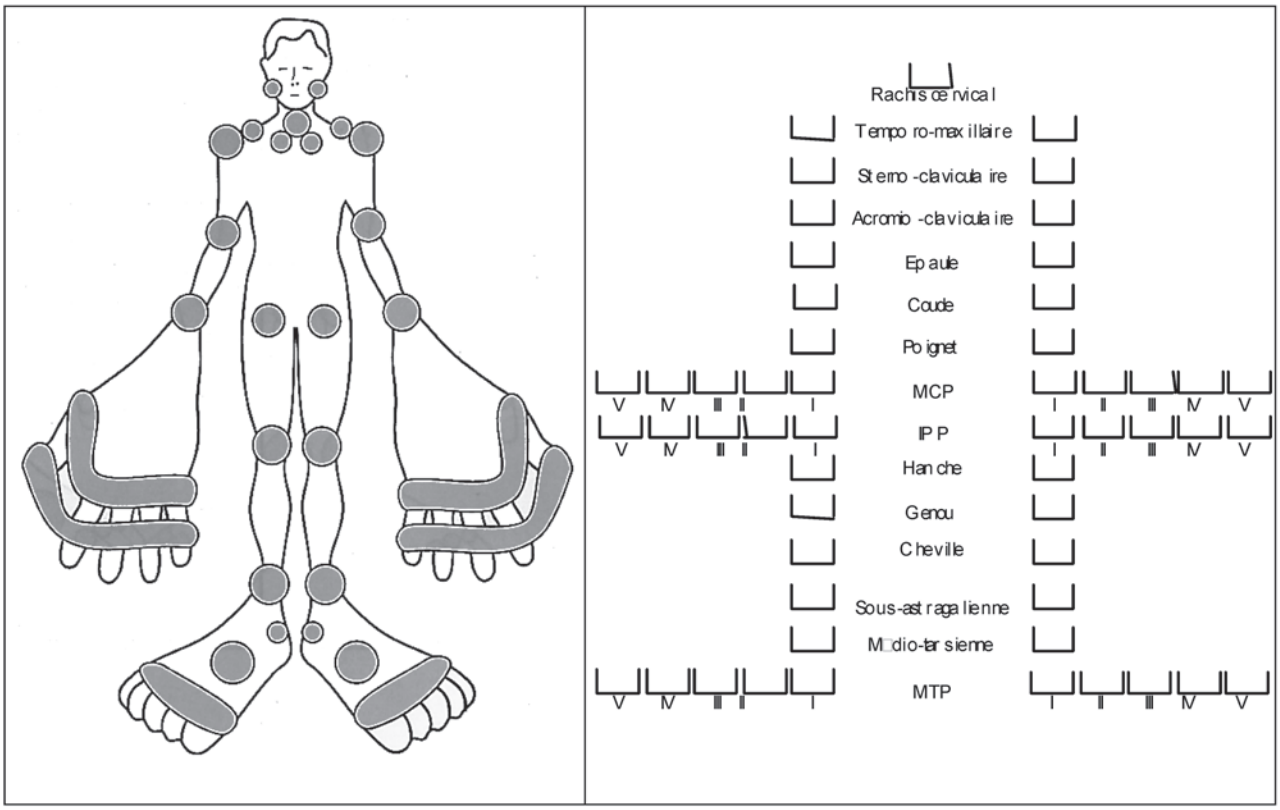


Score global = /__/__/

- **Indice articulaire**

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

Les 53 articulations à examiner :



Score global = /__/__/__/

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

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

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 14 ans*

A cette étape de la présente consultation :

1. ***N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 862 à 892)***
2. ***De recueillir les données biologiques et radiologiques en conformité avec le protocole (cf. pages 889-890)***
3. ***De donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 891)***
4. ***De gérer le suivi de votre patient (cf. page 892)***

5. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT

5.1. 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 ❑

5.2. 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 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 : • 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 14 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 14 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 ?	❑	❑	❑	❑
	❑	❑	❑	❑

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 14 ans*

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 ❑

5.3 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 <u>8 derniers jours</u>. 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	❑	❑	❑	❑	❑

5.4 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 14 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 ?	❑	❑	❑	❑	❑

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 ?	❑	❑	❑	❑	❑

5.5. 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 14 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.

Meilleur état de santé imaginable

Votre état de santé aujourd'hui

Pire état de santé imaginable

5.6. 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 (préciser le détail de la prise de sang)	OUI ❑ NON ❑	/__/ …… …… …… ……
Test urinaire (préciser le détail du 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 14 ans*

Hospitalisation

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

N°	Motif	Date entrée	Nb de jours	Hospitalisation de jour	Lieu
n° 1		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 2		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 3		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 4		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 5		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 6		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 7		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 8		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 9		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
n° 10		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	

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

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 14 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 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 (précisez : ……..)	/__/__/
Autre spécialiste (précisez : ……..)	/__/__/
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 ? ……

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 14 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

- -

Précisez votre statut professionnel actuel

(un seul choix possible, sauf pour les personnes qui cumulent un emploi et une invalidité de catégorie 1) **:**

❑ **Vous avez un emploi**

- Quelle profession exercez-vous ? ……

- Temps plein ❑

  Temps partiel ❑ % temps complet : /__/__/ ou nombre d'heures/semaine /__/__/

- Exercez vous cette profession comme :

  - ❑ Salarié,

    Si *OUI*, êtes-vous fonctionnaire ? …. ❑ OUI ❑ NON
  - ❑ A votre compte, libéral, travailleur indépendant,
  - ❑ Intermittent du spectacle,
  - ❑ Autre situation.

- Etes vous actuellement en arrêt longue durée ou longue maladie ? ❑ OUI ❑ NON

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

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

- Si non, avez-vous été en arrêt de travail durant l'année? ❑ OUI ❑ NON

  Combien de jours avez-vous été en arrêt du fait de la polyarthrite? /___/___/___/

❑ **Vous êtes en invalidité**

- Depuis quelle date……. /___/___/ /___/___/ /___/___/
- La polyarthrite rhumatoïde est-elle en cause ?.....❑ OUI ❑ NON
- Quelle est la catégorie d'invalidité ? ……. ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3
- Avez-vous déjà changé de catégorie d'invalidité .....❑ OUI ❑ NON

Si OUI, cela était-il lié à la polyarthrite ? .....❑ OUI ❑ NON

A quelle date, /___/___/ /___/___/ /___/___/

Quelle était votre catégorie initiale…. ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3

❑ **Vous êtes au chômage**

Date de début, /___/___/ /___/___/ /___/___/

❑ **Vous êtes retraité**

Date de début, /___/___/ /___/___/ /___/___/

❑ **Vous êtes étudiant (e)**

❑ **Homme ou femme au foyer**

❑ **Autre situation,** Laquelle : ……..

Pour les patients ayant répondu « vous êtes au chômage », « vous êtes en invalidité », «vous êtes en retraite», merci de préciser :

- Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ?

……

- Temps plein ❑

Temps partiel ❑ : % temps complet : /__/__/ ou nombre d'heures/semaine /__/__/

- Exerciez vous cette profession comme :

❑ Salarié

Si oui, étiez-vous fonctionnaire ?... ❑ OUI ❑ NON

❑ A votre compte, libéral, travailleur indépendant

❑ Intermittent du spectacle

❑ Autre situation

Si « vous êtes en arrêt maladie », « en invalidité », « au chômage », percevez-vous des compensations financières du fait de la polyarthrite rhumatoïde ? (plusieurs réponses possibles)

- ❑ Indemnités par l'assurance maladie (arrêts maladie, invalidité) :

Montant par mois : /___/___/___/___/ / mois

- ❑ Indemnités par une assurance privée/mutuelle :

Montant par mois : /___/___/___/___/ / mois

- ❑ Allocation adulte handicapée : Montant par mois : /___/___/___/___/ / mois

- ❑ Autre …… :

Montant par mois : /___/___/___/___/ / mois

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. Date de début : /__//__//____/
❑ 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 ?

……

……

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

6. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

Biologie usuelle sang

- NFS
  - Leucocytes /__/__/__/__/__/ /mm^3
  - Lymphocytes /__/__/__/__/ /mm^3
  - Polynucléaires neutrophiles /__/__/__/__/ /mm^3
  - Polynucléaires Eosinophiles /__/__/__/ /mm^3
  - Taux hémoglobine /__/__/,/__/ gr/dl
  - Hémoglobine glyquée (HbA1c) /__/,/__/__/ %
  - VGM /__/__/__/ m^3
- Plaquettes /__/__/__/ 10^3/mm^3
- VS /__/__/__/ mm (1ère heure)
- CRP /__/__/__/ mg/l, seuil de positivité /__/__/ mg/l
- ASAT /__/__/__/ UI/l
- ALAT /__/__/__/ UI/l
- Créatinine /__/__/__/__/ mmo/l
- Glycémie **à jeun** /__/__ /,/__/__/ mmo/l
- Triglycérides /__/,/__/__/ mmo/l
- Cholestérol total /__/,/__/__/ mmol/l
- HDL cholestérol /__/,/__/__/ mmol/l
- LDL cholestérol /__/,/__/__/ mmol/l
- Ferritinémie /__/__/__/__/__/ µg/l
- Dosage vitamine D /__/__/__/__/__/ nmol/l

Immunologie

- Facteur rhumatoïde classe IgM /__/__/__/__/ U/ml, seuil de positivité /__/__/ U/ml
- Anti-CCP /__/__/__/__/ U/ml, seuil de positivité /__/__/ U/ml

7. EXPLORATIONS A VISEE STRUCTURALE

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 ❑

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

8.1. 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 ❑

8.2. Selon votre opinion :

8.2.1. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble

0 = exclu *100 = certain*

0 ——————————— 100

8.2.2. 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 14 ans*

Au terme de cette consultation :

1. Le dossier patient a été correctement complété OUI ❑ NON ❑

2. le rendez-vous pour la prise de sang usuelle lors de la prochaine consultation est organisée OUI ❑ NON ❑

3. Le rendez-vous pour la prochaine consultation, dans 1 an, est fixé OUI ❑ NON ❑

   Date de la prochaine consultation : */__/__/ /__/__/20 /__i /__i*

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

Attention à la prochaine visite (15 ans) !

1. **il est prévu un examen biologique usuel**
2. **il est prévu des examens radiographiques centralisés**
3. **il est prévu des examens biologiques centralisés**