

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

**Date de consultation** /\_/\_/ /\_/\_/ / 20|\_/\_/|\_/\_/

### 12. CRITERES DE NON SUIVI :

**12.1. Patient décédé** OUI  NON

si OUI, motif : .....

date /\_/\_/ /\_/\_/ / 20|\_/\_/|\_/\_/

**12.2. Ne peut pas venir aux consultations** OUI  NON

si OUI, motif : .....

**12.3. Patient perdu de vue** OUI  NON

- date des dernières nouvelles /\_/\_/ /\_/\_/ / 20|\_/\_/|\_/\_/

**12.4. 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 :**

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

Liste complémentaire page suivante

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier suivi 6 mois***

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

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

13.a Traitements de fond depuis la visite précédente

OUI  NON

---

N° 1 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne .....

Date de début /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ ou déjà noté à la visite précédente

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

---

N° 2 Nom (DCI) .....

Posologie .....

Date de début /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ ou déjà noté à la visite précédente

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

---

N° 3 Nom (DCI) .....

Posologie .....

Date de début /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ ou déjà noté à la visite précédente

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

---

N° 4 Nom (DCI) .....

Posologie .....

Date de début /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ ou déjà noté à la visite précédente

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

---

N° 5 Nom (DCI) .....

Posologie .....

Date de début /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ /\_/\_/\_\_\_/ ou déjà noté à la visite précédente

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

---

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 13.b 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

**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 /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/

**Corticothérapie INTRA-ARTICULAIRE** depuis la visite précédente

OUI  NON

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

Localisations .....

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 13.c Anti-inflammatoires non stéroïdiens depuis la visite précédente OUI NON

N° 1 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne (mg/jour) .....

Date de début /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ ou déjà noté à la  
visite précédente

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

N° 2 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne (mg/jour) .....

Date de début /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ ou déjà noté à la  
visite précédente

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

N° 3 Nom (DCI) .....

Posologie moyenne (mg/jour) .....

Date de début /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ /\_/\_/\_/\_/ ou déjà noté à la  
visite précédente

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

### 13.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

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier suivi 6 mois***

---

### **13.e Autres médicaments** (quelque soit la pathologie)

<b>Nom (DCI)</b>	<b>Posologie</b>	<b>Indication</b>

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 14. CO-MORBIDITE ET ANTÉCÉDENTS

#### 14.1. Événements gastro-intestinaux graves

*depuis la visite précédente*

OUI  NON

si OUI,

c Ulcères

c Perforations

c Hémorragies

#### 14.2. Affections cardio-vasculaires

c HTA

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

date du premier traitement /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

c Hypercholestérolémie

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

date du premier traitement /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

c Hypertriglycéridémie

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

date du premier traitement /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

c Ischémie myocardique

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

c Accident vasculaire (AVC, AIT)

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 14.3. Maladies néoplasiques

#### - Maladie lymphoproliférative

OUI  NON

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

SI NON

c laquelle.....

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

c rémission complète OUI  NON

#### - Néoplasie

OUI  NON

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

SI NON

c laquelle .....

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

c rémission complète OUI  NON

### 14.4. Tuberculose

OUI  NON

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

SI NON

c primo-infection OUI  NON

c tuberculose pulmonaire OUI  NON

osseuse OUI  NON

ganglionnaire OUI  NON

autre OUI  NON

si oui, préciser .....

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



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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 14.5. Maladies endocriniennes

- **Diabète** OUI  NON

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

Si NON

c Insulino-dépendant OUI  NON

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

c date du 1<sup>er</sup> traitement /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

- **Dysthyroïdie** OUI  NON

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

Si NON

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

c Type .....

### 14.6. Affections virales

	NON	OUI déjà noté lors de la visite précédente	OUI Apparue depuis la visite précédente
c HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c HBV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c HCV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.7. **Transfusion** depuis la précédente visite OUI  NON

si OUI, date /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

14.8. **Vaccination** depuis la précédente visite

c anti-hépatite B OUI  NON

c BCG OUI  NON

c Autre (précisez.....) OUI  NON

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 14.9. Malade de sexe féminin

OUI  NON

si OUI,

C 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

C 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

C Contraception orale depuis la précédente visite OUI  NON

Si OUI, noté lors de la précédente visite OUI  NON

Si NON, date de début /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

C Stérilet OUI  NON

Si OUI, noté lors de la précédente visite OUI  NON

Si NON, date de mise en place /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 14.10 Toxiques depuis la précédente visite

- Tabac

Nombre moyen de cigarettes par jour depuis la précédente visite /\_/\_/\_/

- Alcool

Dose moyenne (grammes/jour) depuis la précédente visite /\_/\_/\_/\_/ g

### 14.11 Antécédents ou affections concomitantes autres

Pathologie	Déjà noté lors de la visite précédente	Sinon, date de début	Date de fin ou <input type="checkbox"/> en cours
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	.....	..... <input type="checkbox"/>

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 15. SIGNES ASSOCIÉS ET ACTIVITÉ DE LA MALADIE

#### 15.1. Manifestations extra-articulaires depuis la précédente visite

##### *c Atteinte cardio-vasculaire*

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

##### *c Atteintes cutanées et muqueuses*

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

##### *c Atteinte ganglionnaire*

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

##### *c Atteinte pulmonaire*

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

##### *c Manifestations neurologiques*

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

##### *c Atteinte oculaire*

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

Xerophthalmie\* Oui  Non

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

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

**C Atteinte ORL**

Acouphènes OUI  NON   
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 ?

**C Atteinte osseuse**

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

**C Atteinte rénale**

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

### 15.2. Manifestations compatibles avec une spondylarthropathie depuis la précédente visite

**C Rachialgies inflammatoires** OUI  NON   
(douleur matinale améliorée par l'exercice, durée  $\geq$  à 3 mois)

**C Fessalgies** OUI  NON

- Unilatérales
- Bilatérales
- A bascule

**C Talalgies** OUI  NON

**C Autre enthésiopathie** OUI  NON

Si oui, Précisez :

.....

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

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

c Réveils nocturnes liés à la douleur (nombre) /\_/\_/\_/

c Dérouillage matinal :

- Durée /\_/\_/\_/\_/ min

- Intensité de la raideur matinale :

Nulle |-----| Extrême

c Asthénie

Absente |-----| Extrême

c Douleur articulaire au repos

Absente |-----| Extrême

c Douleur articulaire à la mobilisation

Absente |-----| Extrême

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

Maladie inactive |-----| Maladie active

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

Maladie inactive |-----| Maladie active

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### 15.4. Examen physique

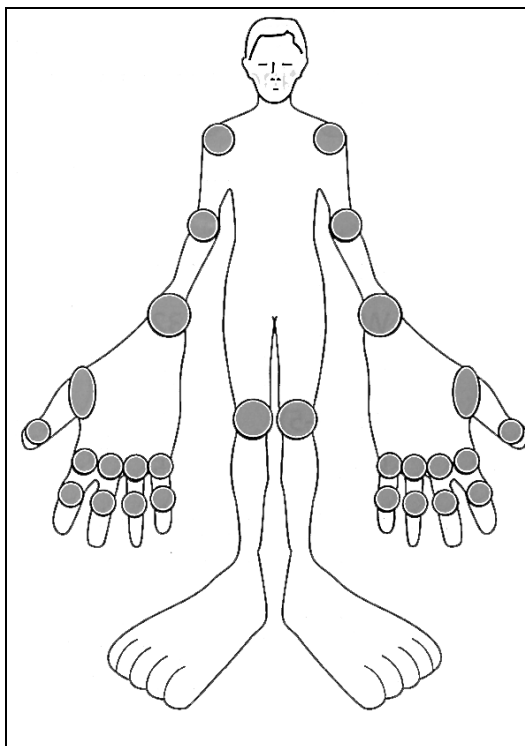
#### 15.4.1. Données générales

- c Poids ce jour /\_/\_/\_,/\_/\_/\_/ kg  
c Tension artérielle /\_/\_/\_,/\_/\_/\_/ mmHg

#### 15.4.2. Atteintes articulaires :

- c *Squeeze test*  
Douleur à la compression bilatérale des MCP OUI  NON   
Douleur à la compression bilatérale des MTP OUI  NON
- c **Indice de synovites**  
Pour chaque articulation, synovite présente = 1, absente = 0

Les 28 articulations à examiner :

	<input type="checkbox"/> Ep aule <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I
	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
	<input type="checkbox"/> Gen ou <input type="checkbox"/>

Score global = /\_/\_/

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

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

# ESPOIR

## Cahier suivi 6 mois

### c Indice articulaire

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

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

Les 53 articulations à examiner :

	<input type="checkbox"/> Rachis cervical	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Tempo-ro-maxillaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sterno-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Acromio-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Epaule	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MCP	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> IPP	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sous-astiragienne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Médio-tarsienne	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MTP	<input type="checkbox"/>	

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



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

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

# ESPOIR

## ***Cahier Patient - Suivi 6 mois***

---

**A cette étape de la présente consultation :**

- 1. N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 70 à 96)***
- 2. De recueillir les données biologiques et radiologiques en conformité avec le protocole (cf. page 97 à 99)***
- 3. de donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 100)***
- 4. De gérer le suivi de votre patient (cf. page 101)***

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier Patient - Suivi 6 mois***

---

### **16. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT**

#### **16.1. Caractéristiques sociales**

**Etes-vous** (cocher une seule case)

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

**Statut parental**

nombre d'enfants /\_\_/\_\_/\_\_/

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

..... /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

**Lieu de vie - commune de** (cocher une seule case)

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

**Profession actuelle ou passée** (cocher une seule case)

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### 16.2. Indice fonctionnel HAQ

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier Patient - Suivi 6 mois***

---

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

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

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

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier Patient - Suivi 6 mois***

---

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

Siège de W-C surélevé

Poignée ou barre de baignoire

Siège de baignoire

Instrument à long manche pour attraper les objets

Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)

Instrument à long manche dans la salle de bain

Autre(s) (préciser) : .....

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

Hygiène

Saisir et ouvrir des objets

Atteindre et attraper

Courses et tâches ménagères

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

---

### 16.3 Echelle de qualité de vie SF-36

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

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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



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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### 16.4 EMIR court

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## *Cahier Patient - Suivi 6 mois*

**REPONDEZ AUX QUESTIONS  
SUIVANTES SI VOUS AVEZ EXERCE UN  
TRAVAIL REMUNERE, MENAGER OU  
SCOLAIRE, AU COURS DES  
4 DERNIERES SEMAINES ?**

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

---

### 16.5. Questionnaire EUROQOL

***Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en ne cochant qu'une seule case***

#### **Mobilité**

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

#### **Autonomie de la personne**

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

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

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

#### **Douleurs/Gêne**

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

#### **Anxiété/Dépression**

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



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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

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

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

Meilleur état de santé  
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Votre état de  
santé  
aujourd'hui

Pire état de santé imaginable

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### 16.6. Questionnaire médico-économique

#### Examens

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

Type d'examen :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### Hospitalisation

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

OUI  NON

Si OUI, laquelle ou lesquelles :

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

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

OUI  NON

Si Oui, lequel ou lesquels :

.....

Pendant combien de jours ? /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

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

Si Oui, lequel ou lesquels :

.....

Pendant combien de jours ? /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

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

Si OUI, pendant combien de jours ? /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

**Avez-vous été opéré(e) pour un autre motif ?**

OUI  NON

Si OUI, de quoi ? - .....

- .....

- .....

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

Motif : .....

.....

Lieu : .....

.....

Nombre de nuits : /\_\_ /\_\_ /\_\_ /

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### Autres soins

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

- . Kinésithérapie      OUI  NON       Nombre de séances/6 mois : /\_\_ /\_\_ /
- . Ergothérapie      OUI  NON       Nombre de séances/6 mois : /\_\_ /\_\_ /
- . Psychothérapie      OUI  NON       Nombre de séances/6 mois : /\_\_ /\_\_ /
- . Autres ?      OUI  NON   
Si OUI, lesquels ? :  
.....      Nombre de séances/6 mois : /\_\_ /\_\_ /  
.....      Nombre de séances/6 mois : /\_\_ /\_\_ /

Avez-vous suivi un régime alimentaire spécial ?      OUI  NON

Si OUI, précisez : .....

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

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### Professionnels

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

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## ***Cahier Patient - Suivi 6 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)

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

#### c Revenu personnel net

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### 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 :

- travail à temps plein
- travail à temps partiel

Pourcentage temps complet : /\_\_/\_\_/ %

ou nombre d'heures par semaine : /\_\_/\_\_/

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

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



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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

### Situation professionnelle

Etes-vous en activité professionnelle ? OUI  NON

Si en arrêt temporaire : Date de début de l'arrêt : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

La polyarthrite est-elle la cause ? OUI  NON

Si en invalidité : Date de début de l'invalidité : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

/\_\_/\_\_/\_\_/

La polyarthrite est-elle la cause ? OUI  NON

Quelle est la catégorie d'invalidité ?

.....

**Précisez en clair votre situation professionnelle actuelle :**

.....

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

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

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

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

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

Combien de mois auriez-vous dû travailler

- à temps plein : /\_\_/\_\_/\_\_/ mois

- à temps partiel : /\_\_/\_\_/\_\_/ mois

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 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.
- 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 6 derniers mois ? OUI  NON
- Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 6 derniers mois ? OUI  NON
- Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 6 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 6 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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

Si OUI, comment ?

.....  
.....

Si OUI, lesquels ?

.....  
.....

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

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

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

Si OUI, quels aménagements ?

.....  
.....

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

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

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

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

Si OUI, lesquels ?

.....  
.....

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

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

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

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

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

OUI  NON

Si Oui, La ou lesquelles ?

.....

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

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

OUI  NON

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

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

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

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

Quel est le temps global perdu par cette personne à chaque déplacement ? |\_\_|\_\_| h

Combien de temps avez-vous passé pour voir le médecin et les autres professionnels de santé ou pour faire des tests ou des bilans pour votre maladie (en heures) : |\_\_|\_\_| h

Si vous travaillez, combien de temps avez-vous dû prendre sur votre temps de travail? |\_\_|\_\_| h

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

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

# ESPOIR

## Cahier Patient - Suivi 6 mois

---

### 17. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

#### 17.1. SANG

##### Biothèque

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

OUI  NON

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

###### c NFS

- Leucocytes /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /mm<sup>3</sup>
- Lymphocytes /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /mm<sup>3</sup>
- Polynucléaires neutrophiles /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /mm<sup>3</sup>
- Polynucléaires Eosinophiles /\_\_/\_\_/\_\_ /mm<sup>3</sup>
- Taux hémoglobine /\_\_/\_\_/\_\_, /\_\_/\_\_ gr/dl
- VGM /\_\_/\_\_/\_\_ m<sup>3</sup>

###### c Plaquettes

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>

###### c VS

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ mm (1<sup>ère</sup> heure)

###### c CRP

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ mg/l

###### c ASAT

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ UI/l

###### c ALAT

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ UI/l

##### Immunologie

c Facteur rhumatoïde (quantitative) classe IgM /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ U/ml

c Anti-kératine ou Anti-CCP /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ U/ml

Numéro patient /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Numéro centre /\_\_\_/\_\_\_/

Nom du patient /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Prénom patient /\_\_\_/\_\_\_/

# ESPOIR

## ***Cahier de Suivi 6 mois***

### 17.2. PRELEVEMENTS ARTICULAIRES CE JOUR

#### 17.2.1. 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 .....

#### 17.2.2. 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

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

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

# ESPOIR

## Cahier de Suivi 6 mois

### 18. EXPLORATIONS A VISEE STRUCTURALE

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

##### Mains et poignets de face

Faites OUI  NON   
Duplication OUI  NON   
Envoi au centre coordinateur - Date : /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/20/\_\_/\_\_/

##### Pieds de face

Faites OUI  NON   
Duplication OUI  NON   
Envoi au centre coordinateur - Date : /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/20/\_\_/\_\_/

##### Pieds de 3/4

Faites OUI  NON   
Duplication OUI  NON   
Envoi au centre coordinateur - Date : /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/20/\_\_/\_\_/

##### Radiographies articulations atteintes

OUI  NON

Si oui, lister :

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

#### 18.2. Autres

Echographie mains et pieds OUI  NON   
IRM mains et pieds OUI  NON

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

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

# ESPOIR

## Cahier de Suivi 6 mois

### 19. Au terme de cette consultation, le diagnostic du rhumatisme

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

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

#### b. Selon votre opinion :

- i. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble

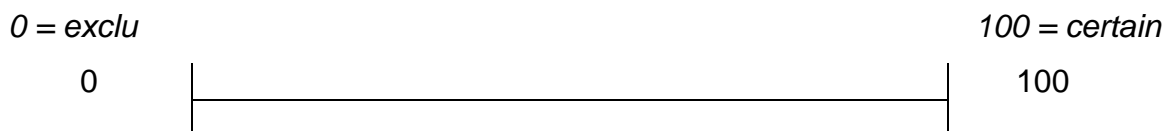


- ii. Le diagnostic d'une affection autre

- Est exclu
- Est envisageable

Citez l'affection à laquelle vous pensez .....

Le diagnostic de l'affection envisagée vous semble :





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

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

# ESPOIR

## ***Cahier de Suivi 6 mois***

---

### **Au terme de cette consultation :**

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

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