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

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 19 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. Diagnostic de Rhumatisme classé **OUI** ❑ **NON** ❑

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 19 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.

Pour le suivi on réécrit la séquence précédente si celle-ci était en cours.

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 19 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 19 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 19 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 /__/__/

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

ESPOIR ***Cahier suivi Médecin 19 ans***

2.3 Anti-inflammatoires non stéroïdiens *depuis la visite précédente* **Oui ❑ Non ❑**

Nº 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 /___/___/

Nº 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 /___/___/

Nº 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 /___/___/

(*)**Liste DCI:**
Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum,Toprec®),
Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®),
Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®),
Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®),
Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®),
Célécoxib (Célébrex®),
Meloxicam (Mobic®),
Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®),
Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®),
Nabumétone (Nabucox®),
Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®),
Tenoxicam (Tilcotil®),
Aclofénac (Cartex®),
Acide méfénamique,(Ponstyl®),
Fénoprofène (Nalgesic®),
Sulindac (Arthrocine®),
Etodolac (Lodine®),
Nimésulide (Nexen®),
Acide niflumique (Nifluri®l),
Etoricoxib (Arcoxia®),
Parécoxib (Dynastat®),
Alminoprofène (Minalfène®),

2.4 Autres médicaments **Oui ❑ Non ❑**

Classe		En cours
Hypolémiant	OUI ❑ NON ❑	❑
Antidiabétiques oraux	OUI ❑ NON ❑	❑
Insuline	OUI ❑ NON ❑	❑
Antihypertenseur	OUI ❑ NON ❑	❑
Anti-agrégant plaquettaire	OUI ❑ NON ❑	❑
Protecteur gastrique	OUI ❑ NON ❑	❑
Folates	OUI ❑ NON ❑	❑
Antalgiques	OUI ❑ NON ❑	❑

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).*

- **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, déj*à notée lors d'une précédente visite* OUI ❑ NON ❑
Si NON, date du diagnostic /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Insuffisance cardiaque **OUI ❑ NON ❑**
Si OUI, déj*à 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, déj*à 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, déj*à 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, déj*à 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

- **Lymphome** 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**	OUI ❑ NON ❑
Angiomatose bacillaire.....	❑
Listériose …….	❑
Tuberculose pulmonaire (Mycobactérium tuberculosis)……	❑
Tuberculose disséminée (Mycobactérium tuberculosis)……	❑
Autres mycobactéries atypiques (Mycobactérium, autres espèces ou espèces non identifies)……	❑
Nocardiose	❑
Pneumonie à Pneumocystis jiroveci ……	❑
Septicémie à Salmonelles……	❑
- **Infections virales**	OUI ❑ NON ❑
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……	❑
- **Infections parasitaires**	OUI ❑ NON ❑
Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) …..	❑
Leishmaniose disséminée.....	❑
Toxoplasmose cérébrale……	❑
- **Infections fungiques**	OUI ❑ NON ❑
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……	❑

(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 visite précédente*

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

3.8. Vaccination *depuis la précédente visite*

○ Pneumocoque OUI ❑ NON ❑

Si oui,

- Pneumo 23 ❑
- Prevenar 13 ❑

○ Grippe OUI ❑ NON ❑

3.9. 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 /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

3.10. 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
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/
/___/___/ , /___/	/___/___/ , /___/	/___/___/ /___/___/ /___/___/

3.11. 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

3.12. 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*

Patient présentant actuellement ou ayant déjà présenté une manifestation extra-articulaire attribuée à la polyarthrite rhumatoïde : **OUI ❑ NON ❑**

Si **OUI**, renseignez le tableau ci-dessous, en vous aidant si besoin des courriers des précédentes visites et en indiquant uniquement les atteintes attribuées à la polyarthrite rhumatoïde :

	Manifestation extra-articulaire présente à au moins une reprise **depuis l'inclusion**	Manifestation extra-articulaire **présente à l'inclusion**	Manifestation extra-articulaire **actuellement présente**
Phénomène de Raynaud	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Nodules rhumatoïdes sous-cutanés	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Nodules rhumatoïdes autre localisation	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Pleurésie	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Fibrose pulmonaire	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Pneumonie organisée	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Péricardite	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Syndrome de Felty	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Vascularite cutanée	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Vascularite du système nerveux central	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Neuropathie périphérique	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Sclérite, épisclérite ou vascularite rétinienne	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Kératoconjonctivite sèche	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Xérostomie	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Syndrome de Sjögren secondaire	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Glomérulonéphrite	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Néphrite interstitielle	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Amylose	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑
Autre Précisez : ……	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑	OUI ❑ NON ❑

4.2. 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

4.3. Examen physique

4.3.1. Données générales CE JOUR

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

4.3.2. Atteintes articulaires :

- *Squeeze test*

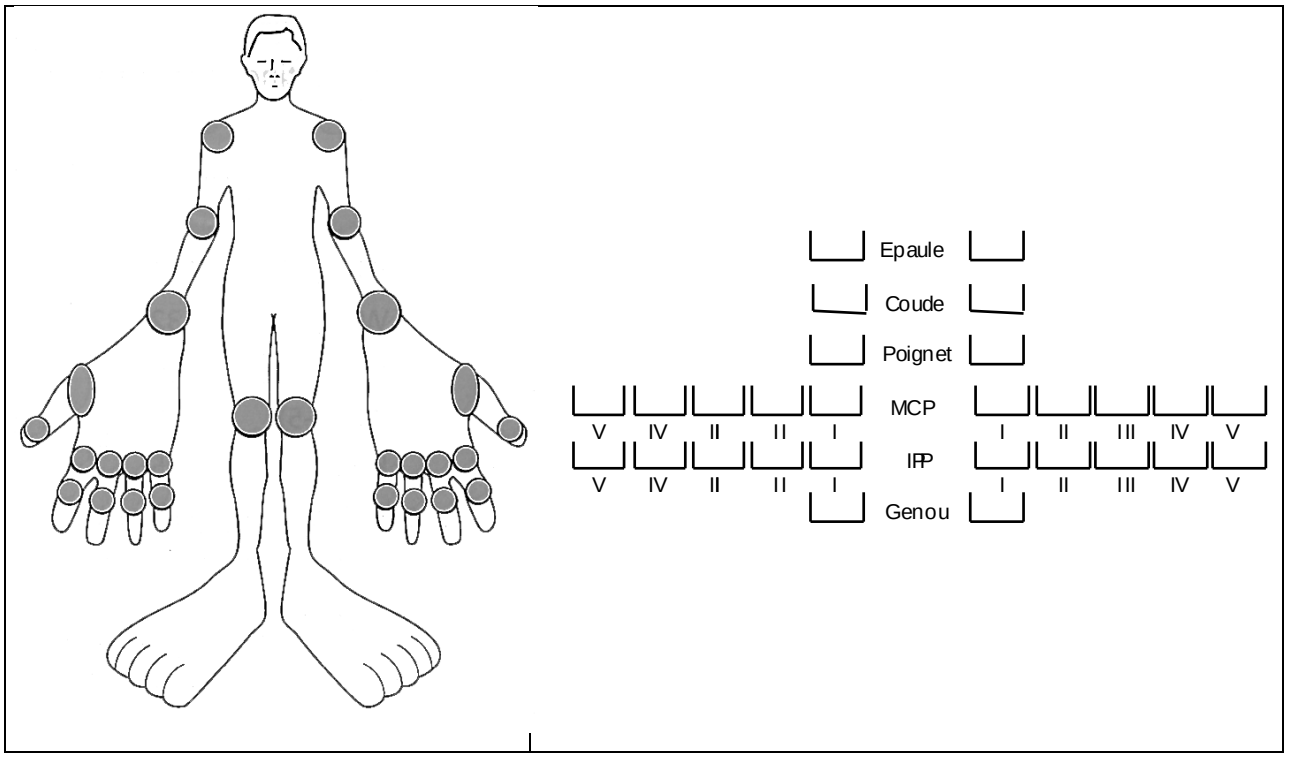
  Douleur à la compression bilatérale des MCP OUI ❑ NON ❑

  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 = /__/__/

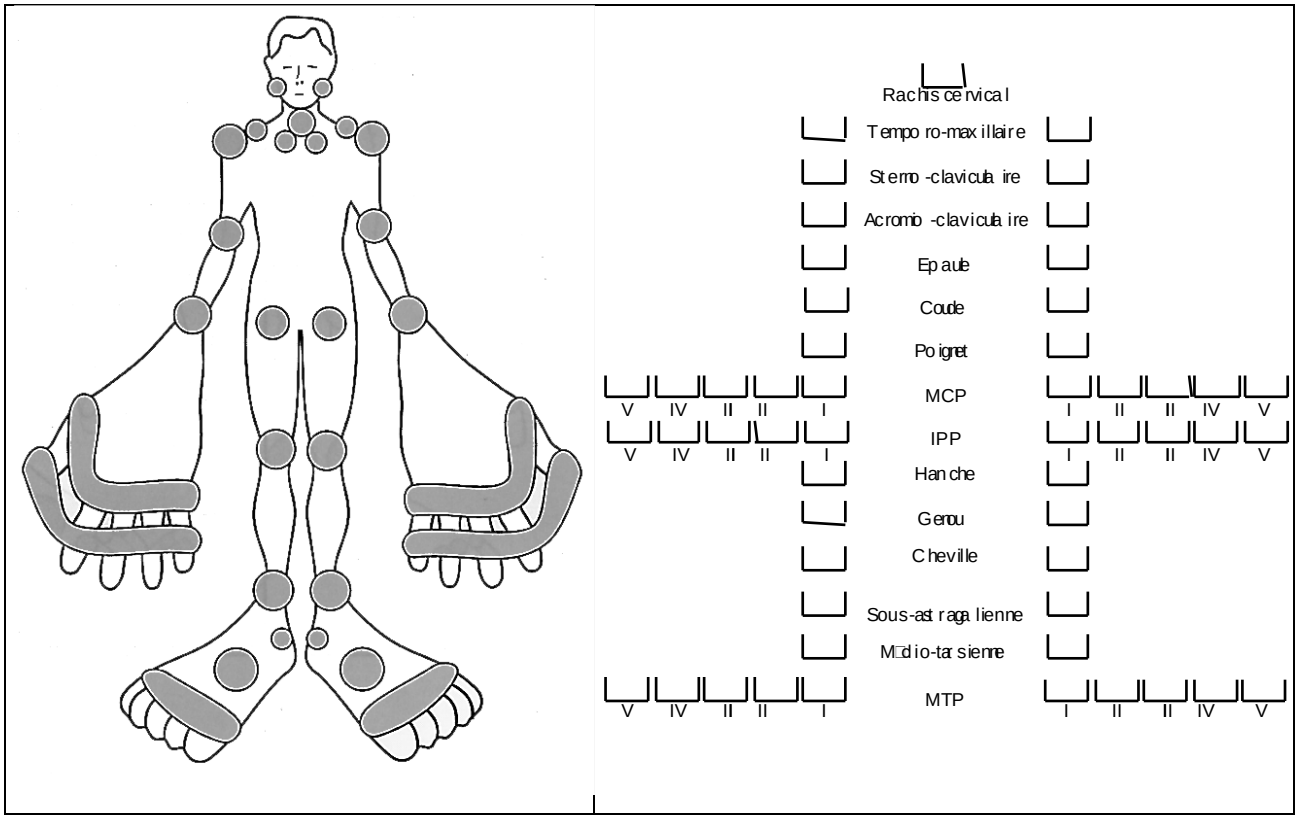
Numéro centre /__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 19 ans*

Indice articulaire

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

Les 53 articulations à examiner :



Score global = /__/__/__/

A cette étape de la présente consultation :

1. ***N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 1059 à 1084)***
2. ***De recueillir les données biologiques en conformité avec le protocole (cf. pages 1094)***
3. ***De donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 1095)***
4. ***De gérer le suivi de votre patient (cf. page 1096)***

5. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT

5.1. Caractéristiques sociales

Statut marital (cocher une seule case)

- Vie en couple ❑
- 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 ❑

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 ?	❑	❑	❑	❑

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

ESPOIR **_Cahier suivi Médecin 19 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 centre /__/__/ Nom du patient /__/__/__/
Numéro patient /__/__/__/ Prénom patient /__/__/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 19 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 ?	❑	❑	❑	❑
	❑	❑	❑	❑

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

ESPOIR **_Cahier suivi Médecin 19 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. 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) ❑

5.4. Questionnaire médico-économique

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
nº 1		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 2		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 3		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 4		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 5		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 6		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 7		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 8		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 9		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	
nº 10		/__/__/__/__/__/__/		OUI ❑ NON ❑	

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

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 19 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) ?		
/___/___/___/	/___/___/___/	/___/___/___/

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

ESPOIR *Cahier suivi Médecin 19 ans*

- -

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

❑ **Vous êtes retraité**

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

5. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

5.1. 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 /__/__/__/__/ µmo/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

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

6.1. 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 ❑

6.2.Selon votre opinion :

6.2.1. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble

0 = exclu *100 = certain*

0 |————————————————————| 100

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

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 19 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 ❑

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

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

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