

Création de patient (CREA / F1)

3. - Le patient a-t-il signé le consentement éclairé ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : SUIVICONSENT

3.1. - Date de signature du **nouveau** consentement (**DESIR 10-20ans**) éclairé par le patient

//___

[2017-01-01 | 2037-01-01]

SAS : SUIVICONSENTDATE

DATVIS - Date d'inclusion du patient dans l'étude à V0

//___

[2007-01-01 | 2017-01-01]

SAS : CREADATEINC

2. - Date d'inclusion du patient à V10

//___

[2017-01-01 | 2037-01-01]

SAS : CREADATE

1. - Date de naissance

//___

[1920-01-01 | 2007-01-01]

SAS : CREADATENAI

4. - Le patient a-t-il un accès à internet ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : CREAACCESINT

4.1. - Si le patient n'a pas accès à internet, les questionnaires "Questionnaire à domicile" seront administrés par téléphone

Center Visit - Suivi (CVSU / F2)

0.1. - SUIVI à 120 mois

0.2. - SUIVI à 150 mois

0.3. - SUIVI à 180 mois

0.4. - SUIVI à 210 mois

0.5. - SUIVI à 240 mois

0.6. -

DATVIS - **Date de consultation**

//___

SAS : SUIVIDATE

[2017-01-01 | 2037-01-01]

2. - Patient venu ce jour à la visite physique ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : SUIVIPATPRESENT

A. - RAISONS DE NON SUIVI

 1. Patient décédé ¹ 2. Ne peut pas venir à cette consultation ² 3. Patient perdu de vue ³

SAS : SUIVRAISON

A.1.1. - Si oui, motif

SAS : SUIVIDECESMOTIF

A.1.2. - Date

//___

SAS : SUIVIDECESDATE

[2017-01-01 | 2037-01-01]

A.A. - Merci de compléter la fiche de fin d'étude si le patient est décédé.

A.2.1. - Si oui, motif

SAS : SUIVIIMPOTIF

A.3.1. - Date des dernières nouvelles

//___

SAS : SUIVIPERDUDATE

[2017-01-01 | 2037-01-01]

B.1. - Le patient est-il déclaré en affection longue durée (prise en charge à 100% pour la sécurité sociale) pour la Spondyloarthrite ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : SUIVIARREACTUEL

B.1.1. - Si oui, à quelle date

ou Ne sait pas ¹

SAS : SUIVIARREDATE

[1920-01-01 | 2037-01-01]

SAS : SUIVIARRETNSP

Center Visit - Traitements (CVTR / F4)

C.A. - 1. Traitements en cours

C.B. - 1. Traitements depuis la dernière visite

C.1. - **1.A. Traitements de fond**

Oui ¹ Non ²

SAS : SUIVITRTF

C.1.Z. - Traitements de fond													
C.1.A. - Traitement	C.1.B. - Nom	C.1.C. - Si autre, préciser	C.1.D. - Cadre	C.1.E. - Unite	C.1.F. - Posologie (par unité)	C.1.G. - Intervalle (entre 2 administrations)	C.1.H. - Si autre, préciser	C.1.I. - Voie	C.1.J. - Date début	C.1.K. - Date fin	C.1.L. - En cours	C.1.M. - Cause d'arrêt	C.1.N. - Si autre, préciser
C.1.A.1. - N°1	16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Rensima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) ... 24: Autre		<input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2	1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml	*** [0 0 999 999]	1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre		1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : TRTFDATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre	SAS : TRTF1ARRET SAS : TRTF1ARRETAUTRE
C.1.A.2. - N°2	16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Rensima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) ... 24: Autre		<input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2	1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml	*** [0 0 999 999]	1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre		1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : TRTF2DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre	SAS : TRTF2ARRET SAS : TRTF2ARRETAUTRE
C.1.A.3. - N°3	16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Rensima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) ... 24: Autre		<input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2	1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml	*** [0 0 999 999]	1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre		1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	___/___/___ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : TRTF3DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre	SAS : TRTF3ARRET SAS : TRTF3ARRETAUTRE

<p>C.1.A.4. - N°4</p>	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certoluzumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) 24: Autre</p> <p>SAS : TRTF4NOMAUTRE</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p> <p>SAS : TRTF4CADRE</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p> <p>*** [0 0 999 999]</p> <p>SAS : TRTF4POSO</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p> <p>SAS : TRTF4INTERV</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p> <p>SAS : TRTF4VOIE</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF4DATEDEB</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF4DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p> <p>SAS : TRTF4DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p> <p>SAS : TRTF4ARRETAUTRE</p>
<p>C.1.A.5. - N°5</p>	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certoluzumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) 24: Autre</p> <p>SAS : TRTF5NOMAUTRE</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p> <p>SAS : TRTF5CADRE</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p> <p>*** [0 0 999 999]</p> <p>SAS : TRTF5POSO</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p> <p>SAS : TRTF5INTERV</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p> <p>SAS : TRTF5VOIE</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF5DATEDEB</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF5DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p> <p>SAS : TRTF5DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p> <p>SAS : TRTF5ARRETAUTRE</p>
<p>C.1.A.6. - N°6</p>	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certoluzumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) ... 24: Autre</p> <p>SAS : TRTF6NOMAUTRE</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p> <p>SAS : TRTF6CADRE</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p> <p>*** [0 0 999 999]</p> <p>SAS : TRTF6POSO</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p> <p>SAS : TRTF6INTERV</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p> <p>SAS : TRTF6VOIE</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF6DATEDEB</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF6DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p> <p>SAS : TRTF6DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p> <p>SAS : TRTF6ARRETAUTRE</p>
<p>C.1.A.7. - N°7</p>	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certoluzumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) ... 24: Autre</p> <p>SAS : TRTF7NOMAUTRE</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p> <p>SAS : TRTF7CADRE</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p> <p>*** [0 0 999 999]</p> <p>SAS : TRTF7POSO</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p> <p>SAS : TRTF7INTERV</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p> <p>SAS : TRTF7VOIE</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF7DATEDEB</p>	<p>_____</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTF7DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p> <p>SAS : TRTF7DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p> <p>SAS : TRTF7ARRETAUTRE</p>

	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) 24: Autre</p> <p>C.I.A.8. - N°8</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p>	<p>*** [0 0 999 999]</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p>
	<p>SAS : TRTFBANOUMAUTRE SAS : TRTFBCADRE SAS : TRTFBUNITE SAS : TRTFBPOSO SAS : TRTFBINTERV SAS : TRTFBINTERVAUTRE SAS : TRTFBIVOIE SAS : TRTFBDATEDEB SAS : TRTFBDATEFIN SAS : TRTFBDATECOURS SAS : TRTFBARRETAUTRE</p>									
N°9	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) 24: Autre</p> <p>C.I.A.9. -</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p>	<p>*** [0 0 999 999]</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p>
	<p>SAS : TRTFBANOUM SAS : TRTFBCADRE SAS : TRTFBUNITE SAS : TRTFBPOSO SAS : TRTFBINTERV SAS : TRTFBINTERVAUTRE SAS : TRTFBIVOIE SAS : TRTFBDATEDEB SAS : TRTFBDATEFIN SAS : TRTFBDATECOURS SAS : TRTFBARRETAUTRE</p>									
- N°10	<p>16: Abatacept 23: Baricitinib 10: Benepali ® (etanercept) 7: Biphosphonates (pour la SPA) 14: Cimzia ® (certolizumab) 19: Cosentyx ® (secukinumab) 9: Enbrel ® (etanercept) 8: Humira ® (adalimumab) 4: Hydroxychloroquine 6: Imurel 12: Inflectra ® (infliximab) 2: Leflunomide 1: Methotrexate 21: Otezla ® (apremilast) 11: Remicade ® (infliximab) 13: Remsima ® (infliximab) 17: Rituximab 3: Salazopyrine 5: Sels d'or 15: Simponi ® (golimumab) 24: Autre</p> <p>C.I.A.10. -</p>	<p><input type="checkbox"/> Pratique courante 1 <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique 2</p>	<p>1: ng 2: µg 3: mg 4: gr 5: µl 6: ml</p>	<p>*** [0 0 999 999]</p>	<p>1: Par jour 2: Par semaine 3: Toutes les 2 semaines 4: Par mois 5: Par trimestre 6: Autre</p>	<p>1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p><input type="checkbox"/> En cours 1</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire 3: Rémission 4: Chirurgie 5: Grossesse 6: Souhait patient 7: Autre</p>
	<p>SAS : TRTFBANOUM SAS : TRTFBCADRE SAS : TRTFBUNITE SAS : TRTFBPOSO SAS : TRTFBINTERV SAS : TRTFBINTERVAUTRE SAS : TRTFBIVOIE SAS : TRTFBDATEDEB SAS : TRTFBDATEFIN SAS : TRTFBDATECOURS SAS : TRTFBARRETAUTRE</p>									

C.2. - 1.B. Traitements corticoïdes

SAS : SUIVTRTC

Oui 1 Non 2

C.2.1. - 1.B.1. Corticothérapie intra-articulaire périphérique

Oui 1 Non 2

SAS : TRTCORTIAP

C.2.1.Z. - Corticothérapie intra-articulaire périphérique

C.2.1.A. - Injections	C.2.1.B. - Date	C.2.1.C. - Localisation	C.2.1.D. - Si autre, préciser
------------------------------	------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

<p>C.2.1.A.1. - N°1</p>	<p>____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC1CORTIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC1CORTIAPLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC1CORTIAPLOCAAUTRE</p>
<p>C.2.1.A.2. - N°2</p>	<p>____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC2CORTIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC2CORTIAPLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC2CORTIAPLOCAAUTRE</p>

<p>C.2.1.A.3. - N°3</p>	<p>____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC3CORTIIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC3CORTIIAPLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC3CORTIIAPLOCAAUTRE</p>
-------------------------	---	---	--

<p>C.2.1.A.4. - N°4</p>	<p>____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC4CORTIIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC4CORTIIAPLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC4CORTIIAPLOCAAUTRE</p>
-------------------------	---	---	--

<p>C.2.1.A.5. - N°5</p>	<p>/</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTC5CORTIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC5CORTIAPLOCA</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : TRTC5CORTIAPLOCAAUTRE</p>
-------------------------	---	--	--

<p>C.2.1.A.6. - N°6</p>	<p>/</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTC6CORTIAPDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: MCP 5: IP des mains 6: Hanche 7: Genou 8: Cheville 9: Sous-astragale 10: Médio-pied 11: MTP 12: IP des pieds 13: Autre</p> <p>SAS : TRTC6CORTIAPLOCA</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : TRTC6CORTIAPLOCAAUTRE</p>
-------------------------	---	--	--

<p>C.3.1. - 1.B.2. Corticothérapie pour enthésite</p> <p>SAS : TRTCORTIEN</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²</p>
---	--

<p>C.3.A. - Corticothérapie pour enthésite</p>			
<p>C.3.1.A. - Injections</p>	<p>C.3.1.B. - Date</p>	<p>C.3.1.C. - Localisation</p>	<p>C.3.1.D. - Si autre, préciser</p>

C.3.1.A.1. - N°1

____/____

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC1CORTIENDATE

- 1: Epaule
- 2: Coude
- 3: Poignet
- 4: Main
- 5: Paroi thoracique antérieure
- 6: Genou
- 7: Talon postérieur
- 8: Talon inférieur
- 9: Sous-astragale
- 10: Pied antérieur
- 11: Autre

SAS : TRTC1CORTIENLOCAAUTRE

SAS : TRTC1CORTIENLOCA

C.3.1.A.2. - N°2

____/____

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC2CORTIENDATE

- 1: Epaule
- 2: Coude
- 3: Poignet
- 4: Main
- 5: Paroi thoracique antérieure
- 6: Genou
- 7: Talon postérieur
- 8: Talon inférieur
- 9: Sous-astragale
- 10: Pied antérieur
- 11: Autre

SAS : TRTC2CORTIENLOCAAUTRE

SAS : TRTC2CORTIENLOCA

C.3.1.A.3. - N°3

____/____

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC3CORTIENDATE

- 1: Epaule
- 2: Coude
- 3: Poignet
- 4: Main
- 5: Paroi thoracique antérieure
- 6: Genou
- 7: Talon postérieur
- 8: Talon inférieur
- 9: Sous-astragale
- 10: Pied antérieur
- 11: Autre

SAS : TRTC3CORTIENLOCAAUTRE

SAS : TRTC3CORTIENLOCA

<p>C.3.1.A.4. - N°4</p>	<p>_____ [2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTC4CORTIENDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: Main 5: Paroi thoracique antérieure 6: Genou 7: Talon postérieur 8: Talon inférieur 9: Sous-astragale 10: Pied antérieur 11: Autre</p> <p>SAS : TRTC4CORTIENLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC4CORTIENLOCAAUTRE</p>
-------------------------	--	--	--

<p>C.3.1.A.5. - N°5</p>	<p>_____ [2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTC5CORTIENDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: Main 5: Paroi thoracique antérieure 6: Genou 7: Talon postérieur 8: Talon inférieur 9: Sous-astragale 10: Pied antérieur 11: Autre</p> <p>SAS : TRTC5CORTIENLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC5CORTIENLOCAAUTRE</p>
-------------------------	--	--	--

<p>C.3.1.A.6. - N°6</p>	<p>_____ [2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : TRTC6CORTIENDATE</p>	<p>1: Epaule 2: Coude 3: Poignet 4: Main 5: Paroi thoracique antérieure 6: Genou 7: Talon postérieur 8: Talon inférieur 9: Sous-astragale 10: Pied antérieur 11: Autre</p> <p>SAS : TRTC6CORTIENLOCA</p>	<p>_____ _____ SAS : TRTC6CORTIENLOCAAUTRE</p>
-------------------------	--	--	--

C.4.1. - 1.B.3. Corticothérapie axiale (rachis/sacro-iliaque)

SAS : TRTCCORTIAX

Oui ¹ Non ²

C.4.1.Z. - Corticothérapie axiale (rachis/sacro-iliaque)			
C.4.1.A. - Injections	C.4.1.B. - Date	C.4.1.C. - Localisation	C.4.1.D. - Si autre, préciser
C.4.1.A.1. - N°1	____/____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC1CORTIAXDATE	1: Epidurale 2: Intradurale 3: Intradiscale 4: Articulaires postérieure 5: Sacroiliaque 6: Costo-vertébrale 7: Manubrio-sternale 8: Costo-claviculaire 9: Autre SAS : TRTC1CORTIAXLOCA	_____ _____ SAS : TRTC1CORTIAXLOCAAUTRE
C.4.1.A.2. - N°2	____/____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC2CORTIAXDATE	1: Epidurale 2: Intradurale 3: Intradiscale 4: Articulaires postérieure 5: Sacroiliaque 6: Costo-vertébrale 7: Manubrio-sternale 8: Costo-claviculaire 9: Autre SAS : TRTC2CORTIAXLOCA	_____ _____ SAS : TRTC2CORTIAXLOCAAUTRE
C.4.1.A.3. - N°3	____/____/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTC3CORTIAXDATE	1: Epidurale 2: Intradurale 3: Intradiscale 4: Articulaires postérieure 5: Sacroiliaque 6: Costo-vertébrale 7: Manubrio-sternale 8: Costo-claviculaire 9: Autre SAS : TRTC3CORTIAXLOCA	_____ _____ SAS : TRTC3CORTIAXLOCAAUTRE

C.4.1.A.4. - N°4

___/___

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC4CORTIAXDATE

- 1: Epidurale
- 2: Intradurale
- 3: Intradiscale
- 4: Articulaires postérieure
- 5: Sacroiliaque
- 6: Costo-vertébrale
- 7: Manubrio-sternale
- 8: Costo-claviculaire
- 9: Autre

SAS : TRTC4CORTIAXLOCAAUTRE

SAS : TRTC4CORTIAXLOCA

C.4.1.A.5. - N°5

___/___

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC5CORTIAXDATE

- 1: Epidurale
- 2: Intradurale
- 3: Intradiscale
- 4: Articulaires postérieure
- 5: Sacroiliaque
- 6: Costo-vertébrale
- 7: Manubrio-sternale
- 8: Costo-claviculaire
- 9: Autre

SAS : TRTC5CORTIAXLOCAAUTRE

SAS : TRTC5CORTIAXLOCA

C.4.1.A.6. - N°6

___/___

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTC6CORTIAXDATE

- 1: Epidurale
- 2: Intradurale
- 3: Intradiscale
- 4: Articulaires postérieure
- 5: Sacroiliaque
- 6: Costo-vertébrale
- 7: Manubrio-sternale
- 8: Costo-claviculaire
- 9: Autre

SAS : TRTC6CORTIAXLOCAAUTRE

SAS : TRTC6CORTIAXLOCA

C.5.1. - 1.B.4. Corticothérapie orale

Oui ¹ Non ²

SAS : TRTCCORTIOR

C.5.1.Z. - Corticothérapie orale

C.5.1.A. - Posologie (équivalent Prednisone en mg/jour)		C.5.1.C. - Date de début	C.5.1.D. - Date de fin	C.5.1.E. - En cours
C.5.1.A.0. - Maximale	C.5.1.B.0. - Moyenne	C.5.1.C.0. - Date de début	C.5.1.D.0. - Date de fin	C.5.1.E.0. - En cours

***	**	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : TRTCCORTIOR1ENCOURS
SAS : TRTCCORTIOR1MAX	SAS : TRTCCORTIOR1MOY	SAS : TRTCCORTIOR1DATEDEB	SAS : TRTCCORTIOR1DATEFIN	
***	**	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : TRTCCORTIOR2ENCOURS
SAS : TRTCCORTIOR2MAX	SAS : TRTCCORTIOR2MOY	SAS : TRTCCORTIOR2DATEDEB	SAS : TRTCCORTIOR2DATEFIN	
***	**	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : TRTCCORTIOR3ENCOURS
SAS : TRTCCORTIOR3MAX	SAS : TRTCCORTIOR3MOY	SAS : TRTCCORTIOR3DATEDEB	SAS : TRTCCORTIOR3DATEFIN	
***	**	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : TRTCCORTIOR4ENCOURS
SAS : TRTCCORTIOR4MAX	SAS : TRTCCORTIOR4MOY	SAS : TRTCCORTIOR4DATEDEB	SAS : TRTCCORTIOR4DATEFIN	
***	**	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : TRTCCORTIOR5ENCOURS
SAS : TRTCCORTIOR5MAX	SAS : TRTCCORTIOR5MOY	SAS : TRTCCORTIOR5DATEDEB	SAS : TRTCCORTIOR5DATEFIN	

C.6.1. - 1.B.5. Corticothérapie intramusculaire

 Oui ¹ Non ²

SAS : TRTCCORTIIM

C.6.1.Z. - Corticothérapie intramusculaire

C.6.1.A. - Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)**C.6.1.B. - Nombre d'injections**

***	**
[0 [0 999] 999]	[0 [0 99] 99]
SAS : TRTCCORTIIMPOSO	SAS : TRTCCORTIIMNBINJ

C.7.1. - 1.B.6. Corticothérapie intraveineuse

 Oui ¹ Non ²

SAS : TRTCCORTIIV

C.7.1.Z. - Corticothérapie intraveineuse

C.7.1.A. - Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)**C.7.1.B. - Nombre d'injections**

*** [0 [0 999] 999] SAS : TRTCCORTIIVPOSO	** [0 [0 99] 99] SAS : TRTCCORTIIVBINJ
---	--

C.8. - 1.C. Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

 Oui ¹ Non ²

SAS : SUIVITRTAINS

C.8.Z. - Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

C.8.A. - AINS	C.8.B. - Nom	C.8.C. - Si autre, préciser	C.8.D. - Posologie moyenne	C.8.E. - Fréquence d'administration	C.8.F. - Date début	C.8.G. - Date fin	C.8.H. - En cours	C.8.I. - Cause d'arrêt	C.8.J. - Si autre, préciser
C.8.A.1. - N°1	13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprofène (Minalfène®) 6: Célécoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprofène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécocixib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre SAS : AINS1NOM	_____ _____ SAS : AINS1NOMAUTRE	**** mg/jour [0 [0 9999] 9999] SAS : AINS1POSO	1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours SAS : AINS1ADMIN	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : AINS1DATEDEB	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : AINS1DATEFIN	<input type="checkbox"/> ¹ SAS : AINS1DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre SAS : AINS1ARRET	_____ _____ SAS : AINS1ARRETAUTRE

<p>C.8.A.2. - N°2</p>	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprofène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprofène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucoc®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : AINS2NOMAUTRE</p>	<p>**** mg/jour</p> <p>[0 0 9999 9999]</p> <p>SAS : AINS2POSO</p>	<p>1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours</p> <p>SAS : AINS2ADMIN</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : AINS2DATEDEB</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : AINS2DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>SAS : AINS2DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre</p> <p>SAS : AINS2ARRET</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : AINS2ARRETAUTRE</p>
<p>C.8.A.3. - N°3</p>	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprofène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprofène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucoc®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : AINS3NOMAUTRE</p>	<p>**** mg/jour</p> <p>[0 0 9999 9999]</p> <p>SAS : AINS3POSO</p>	<p>1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours</p> <p>SAS : AINS3ADMIN</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : AINS3DATEDEB</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>SAS : AINS3DATEFIN</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p> <p>SAS : AINS3DATECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre</p> <p>SAS : AINS3ARRET</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>SAS : AINS3ARRETAUTRE</p>

C.8.A.4. - N°4	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	**** mg/jour	[0 0 9999 9999]	1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours	/_/_	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre
	SAS : AINS4NOMAUTRE	SAS : AINS4POSO	SAS : AINS4DATEDEB	SAS : AINS4DATEFIN	SAS : AINS4DATECOURS	SAS : AINS4ARRET	SAS : AINS4ARRETAUTRE		

C.8.A.5. - N°5	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	**** mg/jour	[0 0 9999 9999]	1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours	/_/_	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre
	SAS : AINS5NOMAUTRE	SAS : AINS5POSO	SAS : AINS5DATEDEB	SAS : AINS5DATEFIN	SAS : AINS5DATECOURS	SAS : AINS5ARRET	SAS : AINS5ARRETAUTRE		

<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	<p>**** mg/jour</p> <p>[0 0 9999 9999]</p>	<p>1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>SAS : AINS6NOMAUTRE SAS : AINS6POSO SAS : AINS6DATEDEB SAS : AINS6DATEFIN SAS : AINS6TECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre</p>	<p>SAS : AINS6ARRETAUTRE</p>
--	--	---	---	-----------------------------------	---	---	------------------------------

SAS : AINS6NOM

<p>C.8.A.6. - N°6</p>	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	<p>**** mg/jour</p> <p>[0 0 9999 9999]</p>	<p>1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours</p>	<p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p> <p>/_/_</p> <p>[2007-01-01 2037-01-01]</p>	<p><input type="checkbox"/> 1</p>	<p>SAS : AINS7NOMAUTRE SAS : AINS7POSO SAS : AINS7DATEDEB SAS : AINS7DATEFIN SAS : AINS7TECOURS</p>	<p>0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre</p>	<p>SAS : AINS7ARRETAUTRE</p>
-----------------------	--	--	---	---	-----------------------------------	---	---	------------------------------

SAS : AINS7NOM

C.8.A.8. - N°8	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	**** mg/jour	[0 0 9999 9999]	1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours	/_/_	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre
	SAS : AINS8NOMAUTRE	SAS : AINS8POSO		SAS : AINS8DATEDEB	SAS : AINS8DATEFIN	SAS : AINS8DATECOURS	SAS : AINS8BARRET	SAS : AINS8BARRETAUTRE	

N°9	<p>13: Aceclofénac (Cartex®) 14: Acide méfénamique (Ponstyl®) 19: Acide niflumique (Nifluri®) 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®) 22: Alminoprophène (Minalfène®) 6: Célecoxib (Célébrex®) 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 17: Etodolac (Lodine®) 20: Etoricoxib (Arocoxia®) 15: Fénoprophène (Nalgescic®) 9: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutil®) 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 7: Meloxicam (Mobic®) 10: Nabumétone (Nabucocox®) 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 18: Nimésulide (Nexen®) 21: Parécoxib (Dynastat®) 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) ... 23: Autre</p>	**** mg/jour	[0 0 9999 9999]	1: Moins d'1 jour par semaine 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours 5: Tous les jours	/_/_	[2007-01-01 2037-01-01]	[2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Remission 5: Autre
	SAS : AINS9NOMAUTRE	SAS : AINS9POSO		SAS : AINS9DATEDEB	SAS : AINS9DATEFIN	SAS : AINS9DATECOURS	SAS : AINS9BARRET	SAS : AINS9BARRETAUTRE	

13: Aceclofénac (Cartex®)
 14: Acide méfénamique (Ponstyl®)
 19: Acide niflumique (Nifluri®)
 11: Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®)
 22: Alminoprophène (Minalfène®)
 6: Célécoxib (Célébrex®)
 2: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®)
 17: Etodolac (Lodine®)
 20: Etoricoxib (Arcoxia®)
 15: Fénoprophène (Nalgescic®)
 9: Flibuprofène (Antadys®, Cébutil®)
 5: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®)
 3: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®)
 1: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®)
 7: Meloxicam (Mobic®)
 10: Nabumétone (Nabucocox®)
 4: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®)
 18: Nimésulide (Nexen®)
 21: Parécoxib (Dynastat®)
 8: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®)
 ...
 23: Autre

1: Moins d'1 jour par semaine
 2: Entre 1 jour et moins de 3 jours par semaine
 3: Entre 3 jours et moins de 5 jours par semaine
 4: Au moins 5 jours par semaine mais pas tous les jours
 5: Tous les jours

0: Pas d'arrêt
 1: Inefficacité
 2: Effet secondaire digestif
 3: Autre effet secondaire
 4: Remission
 5: Autre

C.8.A.10. - N°10

**** mg/jour [0 [0 | 9999] 9999]

SAS : AINS10NOMAUTRE SAS : AINS10POSO

SAS : AINS10DATEDEB SAS : AINS10DATEFIN

SAS : AINS10ADMIN

SAS : AINS10ARRET SAS : AINS10ARRETAUTRE

SAS : AINS10ARRET

SAS : AINS10NOM

C.9. - 1.D. Antalgiques (pour le rhumatisme)

Oui 1 Non 2

SAS : SUIVITRTANTA

C.9.Z. - Antalgiques

C.9.A. - Antalgiques	C.9.B. - Classe	C.9.C. - Voie	C.9.D. - Si autre, préciser	C.9.E. - Posologie : Comprimés	C.9.F. - Si comprimés, préciser	C.9.G. - Date début	C.9.H. - Date fin	C.9.I. - En cours	C.9.J. - Cause d'arrêt	C.9.K. - Si autre, préciser
C.9.A.1. - N°1	1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre		<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : ANTA1POSO	**** comprimés/jour [0 [0 999] 999] SAS : ANTA1COMPRIM	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : ANTA1DATEDEB	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : ANTA1DATEFIN	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA1DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre SAS : ANTA1ARRET	SAS : ANTA1ARRETAUTRE
C.9.A.2. - N°2	1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre		<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : ANTA2POSO	**** comprimés/jour [0 [0 999] 999] SAS : ANTA2COMPRIM	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : ANTA2DATEDEB	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : ANTA2DATEFIN	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA2DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre SAS : ANTA2ARRET	SAS : ANTA2ARRETAUTRE

C.9.A.3. - N°3	1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²	***.** comprimés/jour [0 [0 999] 999]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA3DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre	SAS : ANTA3ARRET	SAS : ANTA3ARRETAUTRE
C.9.A.4. - N°4	1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²	***.** comprimés/jour [0 [0 999] 999]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA4DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre	SAS : ANTA4ARRET	SAS : ANTA4ARRETAUTRE
N°5	C.9.A.5. - 1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²	***.** comprimés/jour [0 [0 999] 999]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA5DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre	SAS : ANTA5ARRET	SAS : ANTA5ARRETAUTRE
- N°6	C.9.A.6. - 1: Classe I (paracétamol,...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²	***.** comprimés/jour [0 [0 999] 999]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	/_/_ [2007-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> 1 SAS : ANTA6DATECOURS	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre	SAS : ANTA6ARRET	SAS : ANTA6ARRETAUTRE

C.10. - 1.E. Autres médicaments pris par le patient

C.10.1. - 1.E.1. Traitements spécifiques

Oui ¹ Non ²

SAS : TRTATRTSPE

C.10.Z. - Traitements spécifiques

C.10.A. - Classe	C.10.B. - Préciser	C.10.C. - Date début	C.10.D. - Etat actuel
------------------	--------------------	----------------------	-----------------------

C.10.A.1. - Hypolipémiant

Oui ¹ Non ²

SAS : TRTSPEHYPO

/_/_
[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : TRTSPEHYPODATEDEB

en cours ¹
 arrêté depuis la dernière visite ²

SAS : TRTSPEHYPOACTU

C.10.A.2. - Antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² SAS : TRTSPESPENTIDIA	_/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTSPESPENTIDIADATEDEB	<input type="checkbox"/> en cours ¹ <input type="checkbox"/> arrêté depuis la dernière visite ² SAS : TRTSPESPENTIDIACTU
C.10.A.3. - Insuline	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² SAS : TRTSPEINSU	_/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTSPEINSUDATEDEB	<input type="checkbox"/> en cours ¹ <input type="checkbox"/> arrêté depuis la dernière visite ² SAS : TRTSPEINSUACTU
C.10.A.4. - Antihypertenseur	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² SAS : TRTSPESPENTIHYP	_/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTSPESPENTIHYPDATEDEB	<input type="checkbox"/> en cours ¹ <input type="checkbox"/> arrêté depuis la dernière visite ² SAS : TRTSPESPENTIHYPACTU
C.10.A.5. - Anti-agrégant plaquettaire	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² SAS : TRTSPESPENTIAGR	_/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTSPESPENTIAGRDATEDEB	<input type="checkbox"/> en cours ¹ <input type="checkbox"/> arrêté depuis la dernière visite ² SAS : TRTSPESPENTIAGRACTU
C.10.A.6. - Protecteur gastrique	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² SAS : TRTSPEPGASTR	_/____ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : TRTSPEPGASTRDATEDEB	<input type="checkbox"/> en cours ¹ <input type="checkbox"/> arrêté depuis la dernière visite ² SAS : TRTSPEPGASTRACTU
C.11. - 1.E.2. Autres médicaments pris par le patient actuellement ?			<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²

SAS : ATRT

C.11.Z. - Autres médicaments		
C.11.A. - Nom du traitement (indiquer la DCI)	C.11.B. - Posologie	C.11.C. - Indication
_____	_____	_____
_____	_____	_____
SAS : ATRT1NOM	SAS : ATRT1POSO	SAS : ATRT1INDIC

SAS : ATRT2NOM

SAS : ATRT3NOM

SAS : ATRT2POSO

SAS : ATRT3POSO

SAS : ATRT2INDIC

SAS : ATRT3INDIC

SAS : ATRT4NOM

SAS : ATRT5NOM

SAS : ATRT4POSO

SAS : ATRT5POSO

SAS : ATRT4INDIC

SAS : ATRT5INDIC

SAS : ATRT6NOM

SAS : ATRT7NOM

SAS : ATRT6POSO

SAS : ATRT7POSO

SAS : ATRT6INDIC

SAS : ATRT7INDIC

Center Visit - Co-morbidités (CVCO / F9)

D.A. - 2. Co-morbidités

D.1.A. - **2.A. Événements gastro-intestinaux graves**

D.1. - Événements gastro-intestinaux graves depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : EVENTGASTRO

D.1.Z. - Si oui, préciser

D.1.1. - Ulcères

 Oui ¹ Non ²

SAS : ULCERES

D.1.2. - Perforations

 Oui ¹ Non ²

SAS : PERFO

D.1.3. - Hémorragies

 Oui ¹ Non ²

SAS : HEMO

D.1.4. - Diverticulites

 Oui ¹ Non ²

SAS : DIVER

D.2.A. - **2.B. Affections cardio-vasculaires**

D.2.1. - 2.B.1. Ischémie myocardique depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : ISCHMYO

D.2.Z. - Si oui, préciser

D.2.1.1. - S'agit-il d'angine poitrine

 Oui ¹ Non ²

SAS : ANGINEPOI

D.2.1.2. - S'agit-il d'infarctus du myocarde (syndrome coronaire aigu)

 Oui ¹ Non ²

SAS : INFARC

D.2.1.3. - S'agit-il d'une coronaropathie silencieuse

 Oui ¹ Non ²

SAS : CORON

D.2.1.4. - Date du diagnostic

//___

SAS : ISCHEMIEMYODATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.2.2. - 2.B.2. Insuffisance cardiaque depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : INSUCAR

D.2.2.1. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : INSUCARDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.2.3. - 2.B.3. Accident vasculaire (AVC, AIT) depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : AV	
D.2.3.Z. - Si oui, préciser	
D.2.3.1. - S'agit-il d'accident ischémique transitoire	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : AIT	
D.2.3.2. - S'agit-il d'accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : AVC	
D.2.3.3. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : AVDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.2.4. - 2.B.4. HTA depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HTA	
D.2.4.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : HTADATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.2.5. - 2.B.5. Péricardite depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : PERICARD	
D.2.5.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : PERICARDDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.2.6. - 2.B.6. Insuffisance aortique depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : INSUAORT	
D.2.6.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : INSUAORTDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.2.7. - 2.B.7. Autre valvulopathie depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : AUTREVALVU	
D.2.7.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : AUTREVALVUDATE	[2007-01-01 2037-01-01]

D.2.8. - 2.B.8. Trouble de la conduction depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : TRCONDUC

D.2.8.2. - Date du diagnostic

//___

SAS : TRCONDUCDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.2.9. - 2.B.9. Maladie vasculaire périphérique (sténose carotidienne, AOMI ou anévrisme de l'aorte abdominale de plus de 6cm non traité) depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : MVP

D.2.9.2. - Date du diagnostic

//___

SAS : MVPDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.3.A. - 2.C. Pathologie pulmonaire chronique

D.3. - Pathologie pulmonaire chronique depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : PPC

D.3.1. - Si oui, laquelle

- Asthme ¹
 Fibrose pulmonaire ²
 Dilatation bronches ³
 BPCO ⁴
 Autre ⁵

SAS : PPCASTHME

D.3.7. - Date du diagnostic

//___

SAS : PPCDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.4. - 2.D. Maladies néoplasiques

D.4.1. - 2.D.1. Maladie lymphoproliférative depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : MALLYMPHO

D.4.1.2. - Date du diagnostic

//___

SAS : MALLYMPHODATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.4.1.3. - Rémission complète

 Oui ¹ Non ²

SAS : MALLYMPHOREM

D.4.1.4. - Leucémie

 Oui ¹ Non ²

SAS : MALLYMPHOLEUC

D.4.1.5. - Lymphome

 Oui ¹ Non ²

SAS : MALLYMPHOLYMPHO

D.4.1.6. - Autre

 Oui ¹ Non ²

SAS : MALLYMPHOAUTRE

D.4.2. - 2.D.2. Néoplasie depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : NEOPLAS

D.4.2.2. - Date du diagnostic

//____

SAS : NEOPLASDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.4.2.3. - Métastases

 Oui ¹ Non ²

SAS : NEOPLASMETA

D.4.2.4. - Rémission complète

 Oui ¹ Non ²

SAS : NEOPLASREM

D.5.A. - 2.E. Tuberculose

D.5. - Tuberculose depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBER

D.5.2.1. - Primo-infection

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBERPRIMO

D.5.2.2. - Tuberculose pulmonaire

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBERPULMO

D.5.2.3. - Osseuse

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBEROS

D.5.2.4. - Ganglionnaire

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBERGANGLION

D.5.2.5. - Autre

 Oui ¹ Non ²

SAS : TUBERAUTRE

D.5.2.5.1. - Si autre, précisez

SAS : TUBERAUTREPRECI

D.5.2.6. - Date du diagnostic

//____

SAS : TUBERDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

D.6.1. - 2.F. Infections opportunistes non tuberculeuses

D.6. - Infections opportunistes non tuberculeuses depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : NONTUBER

D.6.Z. - Infections opportunistes non tuberculeuses

D.6.A. - Infections

D.6.B. - Date

D.6.C. - Nature

D.6.D. - Si autre, préciser

D.6.A.1. - N°1	___/___ [2007-01-01 2037-01-01] SAS : NT1DATE	11: Infections bactériennes : Angiomatose bacillaire 12: Infections bactériennes : Listériose 13: Infections bactériennes : Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire 14: Infections bactériennes : Mycobacterium autres espèces ou espèces non identifiées 15: Infections bactériennes : Nocardiose 16: Infections bactériennes : Pneumonie à Pneumocystis jiroveci 17: Infections bactériennes : Septicémie à Salmonelles 21: Infections virales : Cytomegalovirus disséminé (le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV ET sur plus de un organe atteint) 22: Infections virales : Atteinte systémique liée à Herpès simplex 23: Infections virales : Leucoencéphalopathie multifocale progressive 24: Infections virales : Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale 25: Infections virales : Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux 31: Infections parasitaires : Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) 32: Infections parasitaires : Leishmaniose disséminée 33: Infections parasitaires : Toxoplasmose cérébrale 41: Infections fongiques : Aspergillose invasive 42: Infections fongiques : Candidose oesophagienne ou disséminée 43: Infections fongiques : Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire 44: Infections fongiques : Cryptococcose extra-pulmonaire 45: Infections fongiques : Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) ... 50: Autre SAS : NT1NATURE	SAS : NT1NATUREAUTRE
----------------	---	--	----------------------

		11: Infections bactériennes : Angiomatose bacillaire	
		12: Infections bactériennes : Listériose	
		13: Infections bactériennes : Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire	
		14: Infections bactériennes : Mycobacterium autres espèces ou espèces non identifiées	
		15: Infections bactériennes : Nocardiose	
		16: Infections bactériennes : Pneumonie à Pneumocystis jiroveci	
		17: Infections bactériennes : Septicémie à Salmonelles	
		21: Infections virales : Cytomegalovirus disséminé (le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV ET sur plus de un organe atteint)	
		22: Infections virales : Atteinte systémique liée à Herpès simplex	
		23: Infections virales : Leucoencéphalopathie multifocale progressive	
		24: Infections virales : Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale	
		25: Infections virales : Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux	
D.6.A.2. - N°2	[2007-01-01 2037-01-01]		
		31: Infections parasitaires : Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois)	
		32: Infections parasitaires : Leishmaniose disséminée	SAS : NT2NATUREAUTRE
		33: Infections parasitaires : Toxoplasmose cérébrale	
		41: Infections fongiques : Aspergillose invasive	
		42: Infections fongiques : Candidose oesophagienne ou disséminée	
		43: Infections fongiques : Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire	
		44: Infections fongiques : Cryptococcose extra-pulmonaire	
		45: Infections fongiques : Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois)	
		...	
		50: Autre	
			SAS : NT2NATURE

D.6.A.3. - N°3	/	11: Infections bactériennes : Angiomatose bacillaire 12: Infections bactériennes : Listériose 13: Infections bactériennes : Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire 14: Infections bactériennes : Mycobacterium autres espèces ou espèces non identifiées 15: Infections bactériennes : Nocardiose 16: Infections bactériennes : Pneumonie à Pneumocystis jiroveci 17: Infections bactériennes : Septicémie à Salmonelles 21: Infections virales : Cytomegalovirus disséminé (le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV ET sur plus de un organe atteint) 22: Infections virales : Atteinte systémique liée à Herpès simplex 23: Infections virales : Leucoencéphalopathie multifocale progressive 24: Infections virales : Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale 25: Infections virales : Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux 31: Infections parasitaires : Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) 32: Infections parasitaires : Leishmaniose disséminée 33: Infections parasitaires : Toxoplasmose cérébrale 41: Infections fongiques : Aspergillose invasive 42: Infections fongiques : Candidose oesophagienne ou disséminée 43: Infections fongiques : Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire 44: Infections fongiques : Cryptococcose extra-pulmonaire 45: Infections fongiques : Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois) ... 50: Autre	
	[2007-01-01 2037-01-01]	SAS : NT3DATE	SAS : NT3NATURE

D.7. - 2.G. Autres infections sévères

D.7.X. - Autres infections sévères depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : AUTREINF

D.7.Z. - Rappel : Ne reporter ici que les infections ayant provoqué le décès OU ayant mis en jeu le pronostic vital OU ayant nécessité/prolongé une hospitalisation OU ayant nécessité une antibiothérapie par voie intraveineuse

D.7.Y. - Autres infections sévères

D.7.A. - Infections	D.7.B. - Date	D.7.C. - Nature	D.7.D. - Si autre, préciser	D.7.E. - Germe	D.7.F. - Si autre, préciser
---------------------	---------------	-----------------	-----------------------------	----------------	-----------------------------

D.7.A.1. - N°1	/_____ [2007-01-01 2037-0-01] SAS : AUTREINF1DATE	1: Septicémie sans localisation précise 2: Arthrite septique 3: Bronchopneumopathie 4: Peau (cellulite) 5: Pyélonéphrite (voies urinaires) 6: ORL 7: Digestif 8: Autre SAS : AUTREINF1NATURE	_____ _____ SAS : AUTREINF1NATUREAUTRE	0: Aucun retrouvé 1: Staphylocoque 2: Streptocoque 3: Gram négatif 4: Autre SAS : AUTREINF1GERME	_____ _____ SAS : AUTREINF1GERMEAUTRE
----------------	---	--	--	---	---

D.7.A.2. - N°2	/_____ [2007-01-01 2037-0-01] SAS : AUTREINF2DATE	1: Septicémie sans localisation précise 2: Arthrite septique 3: Bronchopneumopathie 4: Peau (cellulite) 5: Pyélonéphrite (voies urinaires) 6: ORL 7: Digestif 8: Autre SAS : AUTREINF2NATURE	_____ _____ SAS : AUTREINF2NATUREAUTRE	0: Aucun retrouvé 1: Staphylocoque 2: Streptocoque 3: Gram négatif 4: Autre SAS : AUTREINF2GERME	_____ _____ SAS : AUTREINF2GERMEAUTRE
----------------	---	--	--	---	---

D.7.A.3. - N°3	/_____ [2007-01-01 2037-0-01] SAS : AUTREINF3DATE	1: Septicémie sans localisation précise 2: Arthrite septique 3: Bronchopneumopathie 4: Peau (cellulite) 5: Pyélonéphrite (voies urinaires) 6: ORL 7: Digestif 8: Autre SAS : AUTREINF3NATURE	_____ _____ SAS : AUTREINF3NATUREAUTRE	0: Aucun retrouvé 1: Staphylocoque 2: Streptocoque 3: Gram négatif 4: Autre SAS : AUTREINF3GERME	_____ _____ SAS : AUTREINF3GERMEAUTRE
----------------	---	--	--	---	---

D.8. - 2.H. Maladies endocriniennes

D.8.1. - 2.H.1. Diabète depuis la visite précédente

Oui 1 Non 2

SAS : DIABETE

D.8.1.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : DIABETEDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.8.1.3. - Traitement en cours (inscrire le traitement le plus intense)	<input type="checkbox"/> Régime 1 <input type="checkbox"/> Antidiabétique oraux 2 <input type="checkbox"/> Insuline 3
SAS : DIABETETRT	
D.8.1.4. - Complications secondaires du diabète (rétinopathie, cardiopathie, atteinte rénale, neuropathie...)	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2
SAS : DIABETECOMPLIC	
D.8.2. - 2.H.2. Dysthyroïdie depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2
SAS : DYSTRO	
D.8.2.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : DYSTRODATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.8.2.3. - Type	_____
SAS : DYSTROTYPE	
D.8.3. - 2.H.3. Hypercholestérolémie depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2
SAS : HYPERCHOL	
D.8.3.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : HYPERCHOLDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.8.3.3. - Date du premier traitement	__/__/__
SAS : HYPERCHOLTYPE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.8.4. - 2.H.4. Hypertriglycéridémie depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2
SAS : HYPERTRI	
D.8.4.2. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : HYPERTRIDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.8.4.3. - Date du premier traitement	__/__/__
SAS : HYPERTRITYPE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.9. - 2.I. Affections virales depuis la visite précédente	

D.9.1. - HIV
 SAS : AFFECVIRALHIV

NON 1
 OUI, déjà noté lors de la visite précédente 2
 OUI, apparue depuis la visite précédente 3
 Ne sait pas 4

D.9.2. - HBV chronique
 SAS : AFFECVIRALHBV

NON 1
 OUI, déjà noté lors de la visite précédente 2
 OUI, apparue depuis la visite précédente 3
 Ne sait pas 4

D.9.3. - HCV chronique
 SAS : AFFECVIRALHCV

NON 1
 OUI, déjà noté lors de la visite précédente 2
 OUI, apparue depuis la visite précédente 3
 Ne sait pas 4

D.9.4. - Zona
 SAS : AFFECVIRALZONA

NON 1
 OUI, déjà noté lors de la visite précédente 2
 OUI, apparue depuis la visite précédente 3
 Ne sait pas 4

D.10. - 2.J. Syndrome de Gougerot-Sjogren

D.10.1. - Syndrome de Gougerot-Sjogren depuis la visite précédente
 SAS : SYNGOURG

Oui 1 Non 2

D.11. - 2.K. Alcool

D.11.1. - Dose moyenne en gramme/jour depuis la visite précédente
 SAS : ALCOOLDOSE

** gramme / jour
 [0 [0 | 99] 99]

D.12. - 2.L. Pathologie hépatique

D.12.1. - Pathologie hépatique depuis la visite précédente
 SAS : PATHOHEPAT

Oui 1 Non 2

D.12.1.1. - Atteinte légère (sans hypertension portale, incluant notamment les hépatites chroniques)
 SAS : PATHOHEPATLEGER

Oui 1 Non 2

D.12.1.2. - Atteinte modérée à sévère
 SAS : PATHOHEPATMODSEV

Oui 1 Non 2

D.12.1.2.1. - Si oui, préciser
 SAS : PATHOHEPATMODSEVPREC

1: hépatite aiguë
 2: hépatite chronique active
 3: hépatite avec retentissement somatique
 4: cirrhose

D.13. - 2.M. Pathologie neurologique chronique

D.13.1. - Pathologie neurologique chronique depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : PATHONEURO

D.13.1.1. - Si oui, démence

 Oui ¹ Non ²

SAS : PATHONEURODEMENCE

D.13.1.2. - Si oui, hémiplégie

 Oui ¹ Non ²

SAS : PATHONEUROHEMIPLEGIE

D.14. - 2.N. Autres pathologies chroniques en cours

D.14.1. - Autres pathologies chroniques en cours

 Oui ¹ Non ²

SAS : AUTREPATHO

D.14.Z. - Autres pathologies chroniques en cours

D.14.1.A. - NOM**D.14.1.B. - Date du diagnostic**

/

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : AUTREPATHONOM1

/

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : AUTREPATHONOM2

/

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : AUTREPATHONOM3

/

[2007-01-01 | 2037-01-01]

SAS : AUTREPATHONOM4

SAS : AUTREPATHODATE4

D.15. - 2.O. Vaccination

D.15.1. - Vaccination depuis la visite précédente

 Oui ¹ Non ²

SAS : VACCIN

D.15.1.A. - Si oui, préciser D.15.1.1. - anti-hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINHEPAB	
D.15.1.2. - BCG	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINBCG	
D.15.1.3. - Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINPNEUMO	
D.15.1.3.1. - Si oui, préciser	<input type="checkbox"/> Pneumo 23 ¹ <input type="checkbox"/> Prevenar 13 ² <input type="checkbox"/> Ne sait pas ³
SAS : VACCINPNEUMOPREC	
D.15.1.4. - Grippe	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINGRIPPE	
D.15.1.5. - Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINFIEVREJ	
D.15.1.6. - Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINTETANOS	
D.15.1.7. - Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINROUG	
D.15.1.8. - Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINVARIC	
D.15.1.9. - Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINPOLYOM	
D.15.1.10. - Autre	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : VACCINAUTRE	
D.15.1.10.1. - Si autre, préciser	<hr/> <hr/>
SAS : VACCINAUTREPREC	

D.16. - **2.P. Fibromyalgie**

D.16.1. - Fibromyalgie depuis la visite précédente	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : FIBROMY	
D.16.1.1. - Date du diagnostic	__/__/__
SAS : FIBROMYDATE	[2007-01-01 2037-01-01]
D.17. - 2.Q. Ostéoporose	
D.17.A. - 2.Q.1. Facteurs de risque	
D.17.1. - Le patient a-t-il diminué de taille > 4 cm depuis l'âge de 20 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR1	
D.17.2. - Traitement corticoïdes (doses supérieures à 5 mg/jour de Prednisone ou équivalent) pendant ou depuis plus de 3 mois	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR2	
D.17.3. - Chute >= 1/an	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR3	
D.17.4. - Crainte de tomber	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR4	
D.17.5. - Antécédent parental de fracture de hanche	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR5	
D.17.6. - Diagnostic d'ostéoporose secondaire	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPFR6	
D.17.Z. - Si oui, préciser	
D.17.6.1. - Diabète de type 1	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR1	
D.17.6.2. - Ostéogénèse imparfaite	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR2	
D.17.6.3. - Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR3	
D.17.6.4. - Hypogonadisme	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR4	

D.17.6.5. - Ménopause précoce (<45 ans)

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR5

D.17.6.6. - Malnutrition chronique

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR6

D.17.6.7. - Malabsorption

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR7

D.17.6.8. - Hépatopathie chronique

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPSTEOPSECONDFR8

D.17.B. - 2.Q.2. Notion de fracture non traumatique chez le patient

D.17.7. - Col du fémur

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT2

D.17.8. - Extrémité supérieure de l'humérus

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT3

D.17.9. - Vertèbre

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT4

D.17.10. - Poignet

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT5

D.17.11. - Côtes (3 ou plus)

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT6

D.17.12. - Bassin

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT7

D.17.13. - Autre

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPFNT8

D.17.13.1. - Si autre, préciser

SAS : OSTEOPFNT9

D.17.C. - 2.Q.3. Traitement médicamenteux

Oui ¹ Non ²

SAS : OSTEOPTRT

D.17.Y. - Si oui, préciser

D.17.14. - Calcium SAS : OSTEOPTRT1	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.15. - Vit D SAS : OSTEOPTRT2	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.16. - Bisphosphonates per os SAS : OSTEOPTRT3	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.17. - Bisphosphonates IV SAS : OSTEOPTRT4	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.18. - Ranelate de strontium SAS : OSTEOPTRT5	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.19. - Raloxifène SAS : OSTEOPTRT6	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.20. - Teriparatide SAS : OSTEOPTRT7	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.21. - Denosumab SAS : OSTEOPTRT8	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.22. - Autre SAS : OSTEOPTRT9	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.17.22.1. - Si autre, préciser SAS : OSTEOPTRTAUTRE	_____ _____
D.18. - 2.R. Facteurs de risque cardiovasculaire depuis TOUJOURS	
D.18.1. - 2.R.1. Antécédent familial de maladie coronaire SAS : FRCVATCDFAM	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
D.18.2.A. - 2.R.2. Tabagisme	
D.18.2. - Etat SAS : FRCVTABAC	<input type="checkbox"/> Jamais ⁰ <input type="checkbox"/> Oui mais arrêt depuis plus de 3 ans ¹ <input type="checkbox"/> Oui mais arrêt depuis moins de 3 ans ² <input type="checkbox"/> Oui toujours en cours ³

D.18.2.1. - Quantité

** paquets/année

SAS : FRCVTABACQTE

[0 [0 | 99] 99]

Center Visit - Co-morbidités familiales (CVCF / F12)

E.A. - 3. Co-morbidités familiales

E. - Depuis la dernière visite, a-t-il été noté dans la famille un diagnostic de :

E.1. - **a. Maladie coronaire précoce** OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFMALCORPRE

E.1.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFMALCORPREPREC

E.2. - **b. Spondylarthropathie** OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR

E.2.A. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOARPREC

E.2.1. - Spondylarthrite ankylosante

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR1

E.2.1.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR1PREC

E.2.2. - Rhumatisme psoriasique

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR2

E.2.2.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR2PREC

E.2.3. - Spondylarthropathie associée à MICI

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR3

E.2.3.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR3PREC

E.2.4. - Arthrite réactionnelle

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR4

E.2.4.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR4PREC

E.2.5. - Spondylarthropathie indifférenciée

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR5

E.2.5.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR5PREC

E.2.6. - SAPHO

 OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFSPONDYLOAR6

E.2.6.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFSPONDYLOAR6PREC

E.3. - **c. Psoriasis** OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFPSOR

E.3.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFPSORPREC

E.4. - d. Uvérite OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFUVEITE

E.4.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFUVEITEPREC

E.5. - e. MICI OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFMICI

E.5.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFMICIPREC

E.6. - f. PR OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFPR

E.6.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFPRPREC

E.7. - g. Connectivite OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFCONNECT

E.7.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFCONNECTPREC

E.8. - h. Rhumatisme inflammatoire chronique non étiqueté OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFRHUMA

E.8.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFRHUMAPREC

E.9. - i. Maladie périodique OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFMALPERIOD

E.9.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFMALPERIODPREC

E.10. - j. Maladie de Behcet OUI ¹ NON ² Ne sait pas ³

SAS : COMORFMALBEHC

E.10.1. - Préciser qui dans la famille svp

SAS : COMORFMALBEHCPREC

Center Visit - Profil du patient (CVPA / F13)

A. - 4. Profil du patient

1. - Patient de sexe féminin

 Oui ¹ Non ²

SAS : SEXE

1.1. - 4.A. Contraception depuis la dernière visite

 Oui ¹ Non ²

SAS : CONTRACEP

1.1.1. - 4.A.1. Contraception orale

 Oui ¹ Non ²

SAS : CONTRACEPORALE

1.1.1.1. - Préciser le type

 Oestrogéno-progestative ¹
 Micro-progestative ²
 Autre ³

SAS : CONTRACEPORALETYP

1.1.1.1.1. - Si autre, préciser

SAS : CONTRACEPORALETYPAUTRE

1.1.1.2. - Nombre de mois de prise

** mois

SAS : CONTRACEPORALENBPRISE

[0 [0 | 99] 99]

1.1.1.3. - Etat actuel

 Arrêté ¹ En cours ²

SAS : CONTRACEPORALEETAT

1.1.2. - 4.A.2. D.I.U (Stérilet)

 Oui ¹ Non ²

SAS : CONTRACEPSTERILET

1.1.2.1. - Etat actuel

 Arrêté ¹ En cours ²

SAS : CONTRACEPSTERILETETAT

1.1.3. - 4.A.3. Implant sous-cutané

 Oui ¹ Non ²

SAS : CONTRACEPIMPLANT

1.1.3.1. - Nombre de mois de pose

** mois

SAS : CONTRACEPIMPLANTNBPRISE

[0 [0 | 99] 99]

1.1.3.2. - Etat actuel

 Arrêté ¹ En cours ²

SAS : CONTRACEPIMPLANTETAT

1.2. - 4.B. Grossesse(s) depuis la dernière visite

 Oui ¹ Non ²

SAS : GROSSESSE

1.2.1. - Année de l'accouchement

SAS : GROSSESSEANNEE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

1.2.2. - Devenir

1: En cours
2: Accouchement à terme
3: Accouchement prématuré
4: Fausse couche spontanée
5: Interruption volontaire de grossesse
6: Interruption thérapeutique de grossesse

SAS : GROSSESSEDEVENIR

1.2.3. - Voie

0: pas d'accouchement
1: basse
2: césarienne

SAS : GROSSESSEVOIE

1.2.4. - Enfant

0: Aucun
1: Fille
2: Garçon

SAS : GROSSESSEENFANT

1.3. - 4.C. Ménopause

 Oui ¹ Non ²

SAS : MENOPAUSE

1.3.1. - Traitement hormonal substitutif comprenant des oestrogènes

Oui ¹ Non ²

SAS : MENOPAUSERTHORMO

1.3.1.1. - Nombre d'années de prise

** mois

SAS : MENOPAUSERTNBPRISE

[0 [0 | 99] 99]

1.3.1.2. - Etat actuel

Arrêté ¹ En cours ²

SAS : MENOPAUSERTETAT

Center Visit - Manifestations extra-articulaires (CVMA / F14)

A. - 5. Manifestations extra-articulaires

B. - Depuis la visite précédente du patient dans l'étude :

1. - **5.A. Uvéïte**

SAS : MANIFUVET

 Oui ¹ Non ²

1.1. - Nombre d'épisodes

**

SAS : MANIFUVETNB

[0 [0 | 99] 99]

1.2. - Durée moyenne d'un épisode

** jours

SAS : MANIFUVETDUREE

[0 [0 | 50] 99]

1.3. - Traitement reçu pour cet(ces) épisode(s)

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFUVETTRT

1.3.A. - Si oui, préciser

1.3.1. - Collyre de corticoïdes

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFUVETTRT1

1.3.2. - Injection locale de corticoïdes

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFUVETTRT2

1.3.3. - Corticothérapie par voie systémique

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFUVETTRT3

1.3.4. - Autre

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFUVETTRT4

1.3.4.1. - Si autre, préciser

SAS : MANIFUVETTRTAUTRE

C. - **5.B. MICI**

2.1. - 5.B.1. Le diagnostic de MICI a-t-il été porté ?

 NON, n'a jamais été porté ¹
 OUI, était déjà connu lors de la dernière visite ²
 OUI, a été porté après la dernière visite ³

SAS : MANIFMICIDIAGN

2.1.1. - Si oui, lequel

 Crohn ¹ RCH ² Autre ³

SAS : MANIFMICILEQUEL

2.1.1.1. - Si autre, préciser

SAS : MANIFMICAUTRE

2.2. - 5.B.2. Traitement spécifique en cours

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFMICITRTSPE

2.2.1. - Si oui, merci de noter dans la partie "Autres médicaments" du formulaire Traitements.

3. - **5.C. Psoriasis**

3.1. - 5.C.1. Le diagnostic de psoriasis a-t-il été porté ?

 NON, n'a jamais été porté ¹
 OUI, était déjà connu lors de la dernière visite ²
 OUI, a été porté après la dernière visite ³

SAS : MANIFPSOR

3.1.1. - Diagnostic porté par un dermatologue

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFPSORDERMATO

3.1.2. - Diagnostic porté par un autre médecin non dermato

 Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFPSORAUTREMED

3.2. - 5.C.2. Etat actuel

3.2.1. - % de peau atteinte

SAS : MANIFPSORETATPOURCENT

[0 [0 | 100] 100]

3.2.2. - Traitement actuel en cours

Oui ¹ Non ²

SAS : MANIFPSORTRT

3.2.2.1. - Si oui, merci de noter dans la partie "Autres médicaments" du formulaire Traitements. _____

Center Visit - Données démographiques (CVDD / F15)

0.1. - Visite à 120 mois - Cahier Patient

0.2. - Visite à 150 mois - Cahier Patient

0.3. - Visite à 180 mois - Cahier Patient

0.4. - Visite à 210 mois - Cahier Patient

0.5. - Visite à 240 mois - Cahier Patient

0.6. -

0.7. - Propos général à lire avant de répondre au questionnaire

0.8. - Le terme " spondyloarthrite " réfère aux douleurs du dos qui ont justifié votre inclusion dans cette étude. Par ailleurs, vous pouvez interpréter spondyloarthrite dans le sens large du terme. En effet, nous vous demandons de prendre en compte vos douleurs articulaires et rachidiennes, mais éventuellement aussi les uvéites, la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique ou le psoriasis, qui font partie du tableau de spondyloarthrite.

Merci de lire attentivement avant de répondre à chaque question.

A. - 6. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET MEDICO-ECONOMIQUES DEPUIS LES 6 DERNIERS MOIS

A.1. - 6.A. Avez-vous changé de profession dans les 6 derniers mois ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : CVCHGTPROF

A.1.1. - Si oui, quelle est votre nouvelle activité professionnelle ?

SAS : CVNVELLEPROF

- Agriculteur exploitant ¹
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise ²
- Cadre et profession intellectuelle supérieure ³
- Profession intermédiaire ⁴
- Employé ⁵
- Ouvrier ⁶
- Retraité ⁷
- Sans activité professionnelle ⁸

A.B. - 6.B. Situation professionnelle actuelle

A.2. - Vous avez un emploi

 Oui ¹ Non ²

SAS : CVEMP

A.2.1. - Si oui, préciser

 Temps plein ¹ Temps partiel ²

SAS : CVEMPDES

A.2.1.1. - % temps complet

** %

[0 [0 | 99] 99]

SAS : CVEMPTSCOMPPRCT

A.2.1.2. - ou nombre d'heures/semaine

** h/semaine

[0 [0 | 99] 99]

SAS : CVEMPTSCOMPH

A.2.2. - Avez-vous été en arrêt de travail durant les 6 derniers mois ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : CVARRET

A.2.2.1. - Si oui, êtes-vous actuellement en arrêt longue durée ou longue maladie ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : CVARREACTUEL

A.2.2.1.1. - Date de début de l'arrêt

//___

SAS : CVARRETDEB

[1920-01-01 | 2027-01-01]

A.2.2.1.2. - La spondyloarthrite est-elle en cause ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : CVARRETCAUSE

A.2.2.2. - Si oui, combien de jours avez-vous été en arrêt du fait de la spondyloarthrite depuis la dernière visite ou le dernier questionnaire ?

*** jours

SAS : CVARRETSPONDY

[0 [0 | 999] 999]

A.2.2.3. - Etes-vous actuellement en invalidité ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : CVINVAL		

A.2.2.3.1. - Date de début de l'invalidité	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	A.2.2.3.2. - ou déjà noté auparavant	<input type="checkbox"/> ¹
	[1920-01-01 2027-01-01]		
SAS : CVINVALDEB		SAS : CVINVALDEJANOTE	

A.2.2.3.4. - La spondyloarthrite est-elle en cause ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : CVINVALSPONDY		

A.3. - Depuis la précédente visite, la spondyloarthrite a-t-elle eu un impact sur votre travail ?

- Oui, j'ai dû changer de poste sans pour autant changer de profession ¹
- Oui, j'ai dû changer de profession ²
- Oui, j'ai été licencié(e) ³
- Oui, j'ai été mis(e) en retraite anticipée ⁴
- Autre ⁵
- Non, aucune conséquence ⁶
- Ne me concerne pas, je n'ai jamais travaillé ⁷

SAS : CVSPONDYIMPACT

A.3.1.1. - Date de début	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
SAS : CVSPONDYIMPACTRETRAITE	
[1920-01-01 2027-01-01]	

A.3.1.2. - Si autre, préciser	<hr/> <hr/>
SAS : CVSPONDYIMPACTAUTRE	

Center Visit - Activité symptomatique (CVBA / F16)

0. - 7. ACTIVITE SYMPTOMATIQUE

A. - 7.A. BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis -- Global Score)

A.1. - Comment évaluez-vous l'effet de votre maladie sur votre état général durant la semaine précédente ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASGETATGEN

A.2. - Comment évaluez-vous l'effet de votre maladie sur votre état général durant les 6 mois précédents ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASGETATGEN6M

A.3. - Si votre état de santé, lié à votre maladie, devait rester tel qu'il est aujourd'hui pour le reste de votre vie, serait-ce acceptable ou inacceptable pour vous ?

<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Inacceptable
-------------------------------------	---------------------------------------

SAS : ETATSANTE

B. - 7.B. Réveils nocturnes

B.1. - Etes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre maladie ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

SAS : REVEILNOCT

C. - 7.C. BASDAI

C.A. - Pour chacune des questions, sélectionner le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau de capacité à effectuer les activités décrites en vous référant aux dernières 48 heures.

C.1. - 1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIFATIGUE

C.2. - 2. Où situeriez-vous votre degré global de douleur liée à la spondylarthrite ankylosante au niveau du cou, du dos et des hanches ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIDOULEUR

C.3. - 3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIDOULEUR2

C.4. - 4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne physique pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIGENEPHY

C.5. - 5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIRAIDEUR

C.6. - 6. Quelle est la durée de la raideur matinale à partir de votre réveil ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASDIRAIDEUR2

D. - 7.D. BASFI

D.A. - Pour chacune des questions, sélectionner le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau de capacité à effectuer les activités décrites en vous référant aux dernières 48 heures.

D.1. - 1. Mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou d'un accessoire (ex. : petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes)

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASFIMETTCHAUSS

D.2. - 2. Vous penchez en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un accessoire

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10				

SAS : BASFIRAMSTYLO

D.3. - 3. Atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un accessoire (ex. : pince à long manche)

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIATTETAGERE

D.4. - 4. Vous levez d'une chaise sans accoudoir sans utiliser vos mains ou toute autre aide

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFILEVERCHAISE

D.5. - 5. Vous relevez de la position "couché(e) sur le dos", sans aide

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIRELCOUCHE

D.6. - 6. Rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne physique

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIRESTDEBOUT

D.7. - 7. Monter 12 à 15 marches sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien. **En ne posant qu'un pied sur chaque marche**

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIMONTMARCHE

D.8. - 8. Regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIREGEPAALE

D.9. - 9. Faire des activités nécessitant un effort physique (ex : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports)

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIEFFPHY

D.10. - 10. Faire des activités de toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : BASFIACTJOUR

Center Visit - HAQ-AS (CVHQ / F17)

E. - 7.E. HAQ-AS

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

E.1. - S'HABILLER ET SE PREPARER

E.1.1. - Etes-vous capable de vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?

SAS : CVHQ01

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.1.2. - Etes-vous capable de vous laver les cheveux ?

SAS : CVHQ02

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.2. - SE LEVER

E.2.1. - Etes-vous capable de vous lever d'une chaise ?

SAS : CVHQ03

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.2.2. - Etes-vous capable de vous mettre au lit et vous lever du lit ?

SAS : CVHQ04

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.3. - MANGER

E.3.1. - Etes-vous capable de couper votre viande ?

SAS : CVHQ05

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.3.2. - Etes-vous capable de porter à votre bouche une tasse ou un verre plein ?

SAS : CVHQ06

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.3.3. - Etes-vous capable d'ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?

SAS : CVHQ07

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.4. - MARCHER

E.4.1. - Etes-vous capable de marcher en terrain plat à l'extérieur ?

SAS : CVHQ08

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.4.2. - Etes-vous capable de monter 5 marches ?

SAS : CVHQ09

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.5. - HYGIENE

E.5.1. - Etes-vous capable de vous laver et vous sécher entièrement ?

SAS : CVHQ10

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.5.2. - Etes-vous capable de prendre un bain ?

SAS : CVHQ11

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.5.3. - Etes-vous capable de vous asseoir et vous relever des toilettes ?

SAS : CVHQ12

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.6. - ATTRAPER

E.6.1. - Etes-vous capable de prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?

SAS : CVHQ13

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.6.2. - Etes-vous capable de vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?

SAS : CVHQ14

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.7. - PREHENSION

E.7.1. - Etes-vous capable d'ouvrir une porte de voiture ?

SAS : CVHQ15

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.7.2. - Etes-vous capable de dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?

SAS : CVHQ16

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.7.3. - Etes-vous capable d'ouvrir et fermer un robinet ?

SAS : CVHQ17

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.8. - CONDUITE AUTOMOBILE : Si vous n'avez pas de voiture ou de permis de conduire, cochez cette case

SAS : CVHQ18

- 1

E.8.1. - Etes-vous capable de regarder dans le rétroviseur ?

SAS : CVHQ19

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.8.2. - Etes-vous capable de tourner votre tête pour conduire en marche arrière ?

SAS : CVHQ20

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.9. - AUTRES ACTIVITES

E.9.1. - Etes-vous capable de faire vos courses ?

SAS : CVHQ21

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.9.2. - Etes-vous capable de monter et descendre de voiture ?

SAS : CVHQ22

- Sans AUCUNE difficulté 1
 Avec QUELQUE difficulté 2
 Avec BEAUCOUP de difficulté 3
 INCAPABLE de le faire 4

E.9.3. - Etes-vous capable de faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ? SAS : CVHQ23	<input type="checkbox"/> Sans AUCUNE difficulté 1 <input type="checkbox"/> Avec QUELQUE difficulté 2 <input type="checkbox"/> Avec BEAUCOUP de difficulté 3 <input type="checkbox"/> INCAPABLE de le faire 4
E.9.4. - Etes-vous capable de porter des objets lourds comme 1 sac de courses plein ? SAS : CVHQ24	<input type="checkbox"/> Sans AUCUNE difficulté 1 <input type="checkbox"/> Avec QUELQUE difficulté 2 <input type="checkbox"/> Avec BEAUCOUP de difficulté 3 <input type="checkbox"/> INCAPABLE de le faire 4
E.9.5. - Etes-vous capable de rester assis longtemps, par exemple au travail ? SAS : CVHQ25	<input type="checkbox"/> Sans AUCUNE difficulté 1 <input type="checkbox"/> Avec QUELQUE difficulté 2 <input type="checkbox"/> Avec BEAUCOUP de difficulté 3 <input type="checkbox"/> INCAPABLE de le faire 4
E.9.6. - Etes-vous capable de travailler à une table ou un bureau horizontal ? SAS : CVHQ26	<input type="checkbox"/> Sans AUCUNE difficulté 1 <input type="checkbox"/> Avec QUELQUE difficulté 2 <input type="checkbox"/> Avec BEAUCOUP de difficulté 3 <input type="checkbox"/> INCAPABLE de le faire 4
E.10.A. - Cochez toute aide technique utilisée pour n'importe laquelle de ces activités	
E.10.1. - Canne SAS : HAQACCESS1	<input type="checkbox"/> 1
E.10.2. - Déambulateur SAS : HAQACCESS2	<input type="checkbox"/> 1
E.10.3. - Béquilles SAS : HAQACCESS3	<input type="checkbox"/> 1
E.10.4. - Chaise roulante SAS : HAQACCESS4	<input type="checkbox"/> 1
E.10.5. - Accessoire pour s'habiller (crochet à bouton ou à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche...) SAS : HAQACCESS5	<input type="checkbox"/> 1
E.10.6. - Ustensiles spécialement adaptés SAS : HAQACCESS6	<input type="checkbox"/> 1
E.10.7. - Chaise spécialement adaptée SAS : HAQACCESS7	<input type="checkbox"/> 1
E.10.8. - Autre(s) SAS : HAQACCESS8	<input type="checkbox"/> 1
E.10.8.1. - Si autre(s), préciser SAS : HAQACCESSAUTRE	_____ _____
E.10.9. - Aucune aide SAS : HAQACCESSAUCUNE	<input type="checkbox"/> 1
E.11.A. - Cocher toutes catégories pour lesquelles vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne :	
E.11.1. - S'habiller et se préparer SAS : HAQAIDE1	<input type="checkbox"/> 1
E.11.2. - Se lever SAS : HAQAIDE2	<input type="checkbox"/> 1
E.11.3. - Manger SAS : HAQAIDE3	<input type="checkbox"/> 1

E.11.4. - Marcher	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAIDE4	
E.11.5. - Aucune aide	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAIDE5	
E.12.A. - Veuillez cocher si vous utilisez habituellement un de ces appareils ou accessoires pour effectuer ces activités	
E.12.1. - Siège de W-C surélevé	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL1	
E.12.2. - Siège de baignoire	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL2	
E.12.3. - Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL3	
E.12.4. - Poignée ou barre de baignoire	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL4	
E.12.5. - Instrument à long manche pour attraper les objets	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL5	
E.12.6. - Instrument à long manche dans la salle de bain	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL6	
E.12.7. - Aucun appareil ou accessoire	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL7	
E.12.8. - Autre(s)	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQAPPAREIL8	
E.12.8.1. - Si autre(s), préciser	<hr/> <hr/>
SAS : HAQAPPAREILAUTRE	
E.13.A. - Veuillez cocher les activités pour lesquelles vous avez besoin de l'aide de quelqu'un	
E.13.1. - Hygiène	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQACTIVITE1	
E.13.2. - Atteindre et attraper	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQACTIVITE2	
E.13.3. - Saisir et ouvrir des objets	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQACTIVITE3	
E.13.4. - Courses et tâches ménagères	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQACTIVITE4	
E.13.5. - Aucune aide	<input type="checkbox"/> 1
SAS : HAQACTIVITE5	

Center Visit - ASAS indice de santé (CVAS / F18)

F. - 7.F. ASAS indice de santé

F.1. - 7.F.1. ASAS indice de santé (Facteurs environnementaux)

F.A. - Merci de répondre à chaque affirmation en cochant la case de la réponse qui vous convient le mieux en ce moment, en tenant compte votre spondyloarthrite.

F.1.1. - 1. Du fait de ma maladie rhumatologique, mes proches prennent plus en charge les tâches ménagères

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS01

F.1.2. - 2. Je n'aime pas la façon dont mes amis se comportent autour de moi

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS02

F.1.3. - 3. Je ne peux pas compter sur mes proches pour m'aider à résoudre mes problèmes

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS03

F.1.4. - 4. J'ai adapté mon environnement habituel

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS04

F.1.5. - 5. Lors d'une rechute, j'ai du mal à être pris au sérieux par l'équipe médicale et/ou paramédicale

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS05

F.1.6. - 6. Le traitement de ma maladie rhumatologique me prend du temps

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS06

F.1.7. - 7. Mes amis attendent trop de moi

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS07

F.1.8. - 8. Personne ne fait attention à moi à la maison

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS08

F.1.9. - 9. Mes amis me comprennent

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS09

F.2. - 7.F.2. ASAS indice de santé (H.I.)

F.B. - Merci de répondre à chaque affirmation en cochant la case de la réponse qui vous convient le mieux en ce moment, en tenant compte votre spondyloarthrite.

F.2.1. - 1. La douleur perturbe parfois mes activités habituelles

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS10

F.2.2. - 2. Je trouve difficile de rester debout longtemps

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS11

F.2.3. - 3. J'ai des difficultés à courir

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS12

F.2.4. - 4. J'ai des problèmes pour utiliser les toilettes

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS13

F.2.5. - 5. Je suis souvent épuisé(e)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS14

F.2.6. - 6. Je suis moins motivé(e) pour faire tout ce qui nécessite un effort physique

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS15

F.2.7. - 7. Je n'ai plus d'intérêt pour la sexualité

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

SAS : ASAS16

F.2.8. - 8. J'ai des difficultés à appuyer sur les pédales de ma voiture

[SAS : ASAS17](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.9. - 9. Je trouve difficile d'entrer en contact avec les gens

[SAS : ASAS18](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.10. - 10. Je ne suis pas capable de marcher dehors sur un terrain plat

[SAS : ASAS19](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.11. - 11. J'ai du mal à me concentrer

[SAS : ASAS20](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.12. - 12. Je suis limité(e) dans mes voyages à cause de ma mobilité

[SAS : ASAS21](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.13. - 13. Je me sens souvent frustré(e)

[SAS : ASAS22](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.14. - 14. J'ai du mal à me laver les cheveux

[SAS : ASAS23](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.15. - 15. J'ai vécu des changements financiers à cause de ma maladie rhumatologique

[SAS : ASAS24](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.16. - 16. Je dors mal la nuit

[SAS : ASAS25](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

F.2.17. - 17. Je ne réussis pas à surmonter mes difficultés

[SAS : ASAS26](#)

- Je suis d'accord 1
 Je ne suis pas d'accord 2

Center Visit - Echelle qualité de vie (CVQV / F19)

G. - 7.G. Echelle de qualité de vie SF 36

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

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

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

SAS : SF36Q1

- Excellente 1
 Très bonne 2
 Bonne 3
 Médiocre 4
 Mauvaise 5

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

SAS : SF36Q2

- Bien meilleur qu'il y a 6 mois 1
 Plutôt meilleur 2
 A peu près pareil 3
 Plutôt moins bon 4
 Beaucoup moins bon 5

G.3. - 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.

G.3.A. - a. **Efforts physiques importants** tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport

SAS : SF36Q3A

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.B. - b. **Efforts physiques modérés** tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules

SAS : SF36Q3B

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.C. - c. Soulever et porter les courses

SAS : SF36Q3C

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.D. - d. Monter **plusieurs étages** par l'escalier

SAS : SF36Q3D

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.E. - e. Monter **un étage** par l'escalier

SAS : SF36Q3E

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.F. - f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir

SAS : SF36Q3F

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.G. - g. Marcher **plus d'un km** à pied

SAS : SF36Q3G

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.H. - h. Marcher plusieurs centaines de mètres

SAS : SF36Q3H

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.I. - i. Marcher une centaine de mètres

SAS : SF36Q3I

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

G.3.J. - j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller

SAS : SF36Q3J

- oui, beaucoup limité(e) 1
 oui, un peu limité(e) 2
 non, pas du tout limité(e) 3

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

<p>G.4.A. - a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles</p> <p>SAS : SF36Q4A</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.4.B. - b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées</p> <p>SAS : SF36Q4B</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.4.C. - c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses</p> <p>SAS : SF36Q4C</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.4.D. - d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)</p> <p>SAS : SF36Q4D</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.5. - 5. Au cours de ces 8 derniers jours, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))</p>	
<p>G.5.A. - a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles</p> <p>SAS : SF36Q5A</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.5.B. - b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées</p> <p>SAS : SF36Q5B</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.5.C. - c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude</p> <p>SAS : SF36Q5C</p>	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
<p>G.6. - 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 ?</p> <p>SAS : SF36Q6</p>	<input type="checkbox"/> Pas du tout ¹ <input type="checkbox"/> Un petit peu ² <input type="checkbox"/> Moyennement ³ <input type="checkbox"/> Beaucoup ⁴ <input type="checkbox"/> Enormément ⁵
<p>G.7. - 7. Au cours de ces 8 derniers jours, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?</p> <p>SAS : SF36Q7</p>	<input type="checkbox"/> Nulle ¹ <input type="checkbox"/> Très faible ² <input type="checkbox"/> Faible ³ <input type="checkbox"/> Moyenne ⁴ <input type="checkbox"/> Grande ⁵ <input type="checkbox"/> Très grande ⁶
<p>G.8. - 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 ?</p> <p>SAS : SF36Q8</p>	<input type="checkbox"/> Pas du tout ¹ <input type="checkbox"/> Un petit peu ² <input type="checkbox"/> Moyennement ³ <input type="checkbox"/> Beaucoup ⁴ <input type="checkbox"/> Enormément ⁵
<p>G.9. - 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 plus appropriée. Au cours de ces 8 derniers jours, y a-t-il eu des moments où :</p>	
<p>G.9.A. - a. Vous êtes-vous senti(e) dynamique ?</p> <p>SAS : SF36Q9A</p>	<input type="checkbox"/> En permanence ¹ <input type="checkbox"/> Très souvent ² <input type="checkbox"/> Souvent ³ <input type="checkbox"/> Quelques fois ⁴ <input type="checkbox"/> Rarement ⁵ <input type="checkbox"/> Jamais ⁶
<p>G.9.B. - b. Vous êtes-vous senti(e) très nerveux(se) ?</p> <p>SAS : SF36Q9B</p>	<input type="checkbox"/> En permanence ¹ <input type="checkbox"/> Très souvent ² <input type="checkbox"/> Souvent ³ <input type="checkbox"/> Quelques fois ⁴ <input type="checkbox"/> Rarement ⁵ <input type="checkbox"/> Jamais ⁶

G.9.C. - c. Vous êtes-vous senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

SAS : SF36Q9C

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.D. - d. Vous êtes-vous senti(e) calme et détendu(e) ?

SAS : SF36Q9D

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.E. - e. Vous êtes-vous senti(e) débordant(e) d'énergie ?

SAS : SF36Q9E

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.F. - f. Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e) ?

SAS : SF36Q9F

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.G. - g. Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) ?

SAS : SF36Q9G

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.H. - h. Vous êtes-vous senti(e) heureux(se) ?

SAS : SF36Q9H

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.9.I. - i. Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?

SAS : SF36Q9I

- En permanence 1
- Très souvent 2
- Souvent 3
- Quelques fois 4
- Rarement 5
- Jamais 6

G.10. - 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 ?

SAS : SF36Q10

- En permanence 1
- Une bonne partie du temps 2
- De temps en temps 3
- Rarement 4
- Jamais 5

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

G.11.A. - a. Je tombe malade plus facilement que les autres

SAS : SF36Q11A

- totalement vraie 1
- plutôt vraie 2
- je ne sais pas 3
- plutôt fausse 4
- totalement fausse 5

G.11.B. - b. Je me porte aussi bien que n'importe qui

SAS : SF36Q11B

- totalement vraie 1
- plutôt vraie 2
- je ne sais pas 3
- plutôt fausse 4
- totalement fausse 5

G.11.C. - c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade

SAS : SF36Q11C

- totalement vraie 1
- plutôt vraie 2
- je ne sais pas 3
- plutôt fausse 4
- totalement fausse 5

G.11.D. - d. Je suis en excellente santé

SAS : SF36Q11D

- totalement vraie 1
- plutôt vraie 2
- je ne sais pas 3
- plutôt fausse 4
- totalement fausse 5

Center Visit - AS Qol (CVAQ / F20)

H. - 7.H. AS Qol

H.0. - Lisez attentivement chacune de ces affirmations et cochez " vrai " si elle s'applique à vous et " faux " dans le cas contraire.

Cochez **une seule réponse**, celle qui s'applique le mieux **au moment** où vous répondez.

H.1. - 1. Ma maladie me limite dans mes déplacements SAS : QOL1	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.2. - 2. J'ai quelquefois envie de pleurer SAS : QOL2	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.3. - 3. J'ai des difficultés pour m'habiller SAS : QOL3	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.4. - 4. Il faut que je fasse des efforts pour faire ce qu'il y a à faire à la maison SAS : QOL4	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.5. - 5. Je n'arrive pas à dormir SAS : QOL5	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.6. - 6. Je ne peux pas participer à tout ce que font mes amis ou ma famille SAS : QOL6	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.7. - 7. Je suis tout le temps fatigué(e) SAS : QOL7	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.8. - 8. Il faut tout le temps que j'interrompe ce que je suis en train de faire pour me reposer SAS : QOL8	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.9. - 9. J'ai des douleurs insupportables SAS : QOL9	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.10. - 10. Il me faut longtemps pour me mettre en route le matin SAS : QOL10	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.11. - 11. Je ne peux pas faire ce qu'il y a à faire à la maison SAS : QOL11	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.12. - 12. Je suis facilement fatigué(e) SAS : QOL12	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.13. - 13. Je me sens souvent frustré(e) de ne pas faire ce que je veux SAS : QOL13	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.14. - 14. La douleur est toujours là SAS : QOL14	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.15. - 15. J'ai l'impression de passer à côté de beaucoup de choses SAS : QOL15	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.16. - 16. J'ai des difficultés pour me laver les cheveux SAS : QOL16	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.17. - 17. Ma maladie me démoralise SAS : QOL17	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2
H.18. - 18. L'idée qu'on ne puisse pas compter sur moi me tracasse SAS : QOL18	<input type="checkbox"/> Vrai 1 <input type="checkbox"/> Faux 2

Center Visit - Douleur (CVDL / F21)

I. - 7.I. Douleur

I.1. - 1. Comment évaluez-vous l'intensité de votre douleur au niveau du rachis (ou au niveau du cou et du dos), en vous référant aux 48 dernières heures ?

SAS : CVDL1

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	

I.2. - 2. Comment évaluez-vous l'intensité de votre douleur, **la nuit**, au niveau du rachis (ou au niveau du cou et du dos), en vous référant aux 48 dernières heures ?

SAS : CVDL2

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	

I.3. - 3. Comment évaluez-vous l'intensité de votre douleur, au niveau des articulations **en dehors** du cou et du dos, en vous référant aux 48 dernières heures ?

SAS : CVDL3

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	

Center Visit - QUESTIONNAIRE FIRST (CVQF / F22)

J. - 7.J. Questionnaire FIRST

J.0. - Compléter ce questionnaire en répondant par oui ou par non à chacune des questions suivantes: mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

J.1. - 1. Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF1

J.2. - 2. Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF2

J.3. - 3. Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF3

J.4. - 4. Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF4

J.5. - 5. Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF5

J.6. - 6. Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie : en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti

Oui ¹ Non ²

SAS : CVQF6

Center Visit - Auto-questionnaire de co-morbidités (CVQC / F23)

K. - 7.K. Auto-questionnaire de co-morbidités

K.Y. - Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes de santé habituels.

Veuillez indiquer si vous avez le problème dans la deuxième colonne. **Si vous n'avez pas le problème, passez au problème suivant.**

Si vous avez le problème, veuillez indiquer dans la troisième colonne si vous recevez des traitements pour ce problème.

Veuillez aussi indiquer dans la quatrième colonne si ce problème vous limite dans vos activités.

Finalement, indiquez si vous avez des problèmes de santé qui ne sont pas représentés ici dans le chapitre " autres problèmes de santé " à la fin du questionnaire.

K.A. - Problème	K.B. - Avez-vous ce problème ?	K.C. - Recevez-vous un traitement pour ceci ?	K.D. - Ce problème vous limite-t-il dans vos activités ?
K.A.1. - Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE1
K.A.2. - Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB2	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT2	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE2
K.A.3. - Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB3	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT3	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE3
K.A.4. - Diabète	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB4	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT4	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE4
K.A.5. - Ulcère ou maladie gastrique	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB5	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT5	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE5
K.A.6. - Maladie rénale	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB6	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT6	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE6
K.A.7. - Maladie hépatique	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB7	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT7	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE7
K.A.8. - Anémie ou maladie du sang	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB8	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT8	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE8
K.A.9. - Cancer	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB9	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT9	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE9
K.A.10. - Dépression	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB10	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT10	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE10
K.A.11. - Douleur et gonflement d'articulations (à part le dos)	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB11	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT11	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE11
K.A.12. - Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB12	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT12	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE12
K.A.13. - Fractures	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : PB13	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : TRT13	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1 SAS : LIMITE13
14.A. - Autres problèmes de santé (veuillez les noter)	14.B. -	14.C. -	14.D. -

	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1
	SAS : PB14	SAS : TRT14	SAS : LIMITE14
	SAS : PBAUTRE1		

	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1
	SAS : PB15	SAS : TRT15	SAS : LIMITE15
	SAS : PBAUTRE2		

	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1	<input type="checkbox"/> Non 2 <input type="checkbox"/> Oui 1
	SAS : PB16	SAS : TRT16	SAS : LIMITE16
	SAS : PBAUTRE3		

K.Z. - Les problèmes de santé suivant apparaissent généralement sous forme de crises ou poussées. Veuillez pour ceci indiquer dans la deuxième colonne si le problème est actif actuellement.

K.A.A. - Problème	K.B.B. - Avez-vous ce problème ? (actuellement ou dans le passé)	K.C.C. - Est-il actif actuellement?	K.D.D. - Recevez-vous un traitement pour ceci ?	K.E.E. - Ce problème vous limite-t-il dans vos activités ?
K.A.A.1. - Uvéite / iridocyclite	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : PB17	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : ACTIF17	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : TRT17	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : LIMITE17
K.A.A.2. - Psoriasis	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : PB18	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : ACTIF18	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : TRT18	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : LIMITE18
K.A.A.3. - Entérocologie inflammatoire (Maladie de Crohn ou Rectocolite hémorragique)	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : PB19	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : ACTIF19	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : TRT19	<input type="checkbox"/> Oui 1 <input type="checkbox"/> Non 2 SAS : LIMITE19

Center Visit - EQ-5D (CV5D / F24)

L. - 7.L. EQ-5D

L.0. - Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

L.1. - Mobilité

SAS : EQ5D01

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied **1**
 J'ai des problèmes pour me déplacer à pied **2**
 Je suis obligé(e) de rester alité(e) **4**

L.2. - Autonomie de la personne

SAS : EQ5D02

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi **1**
 J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) **2**
 Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) **3**

L.3. - Activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

SAS : EQ5D03

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes **1**
 J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes **2**
 Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes **3**

L.4. - Douleurs / gêne

SAS : EQ5D04

- Je n'ai ni douleur ni gêne **1**
 J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) **2**
 J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) **3**

L.5. - Anxiété / Dépression

SAS : EQ5D05

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) **1**
 Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) **2**
 Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) **3**

Center Visit - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (CVIP / F25)**M. - 7.M. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**

M.O. -

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous faites dans votre vie quotidienne. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement **au cours des 7 derniers jours**. Répondez à chacune de ces questions même si vous ne vous considérez pas comme une personne physiquement active. Pensez aux activités que vous faites au travail, à domicile et dans votre jardin, pour vos déplacements d'un endroit à l'autre et pendant votre temps libre pour les loisirs, l'exercice ou le sport.

Pensez à toutes les activités physiques intenses et modérées que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités intenses font référence à des activités qui demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus fort que d'habitude. Les activités modérées font référence à des activités qui demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus fort que d'habitude.

M.A. - 1^{ère} PARTIE : ACTIVITE PHYSIQUE LIEE AU TRAVAIL

La première partie porte sur votre **travail**. Par travail on entend les emplois payés, le travail agricole, le travail bénévole, les études, les stages et tout autre type de travail non payé que vous avez effectué en dehors du domicile. Ne tenez pas compte du travail non payé que vous effectuez à domicile, comme faire le ménage, le jardinage, entretenir la maison ou vous occuper de votre famille. Celles-ci feront l'objet de la partie 3.

M.A.1. - 1. Avez-vous actuellement un emploi ou faites-vous un travail payé ou non payé en dehors de votre domicile ?

 Oui **1** Non **2**

SAS : IPAQ1

M.A.A. - Les questions suivantes portent sur toutes les activités physiques que vous avez faites **au travail** qu'il soit payé ou non. Cela ne comprend pas les trajets entre votre domicile et votre travail.

M.A.2.A. - Pensez seulement aux activités physiques de ce type qui ont duré au moins 10 minutes d'affilée.

M.A.2. - 2. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **intenses au travail** comme porter des charges lourdes, creuser, faire de la maçonnerie ou monter des escaliers ?

* Jours par semaine

[1 [1 | 7] 7]

 Aucune activité physique intense **1**

SAS : IPAQ2BIS

SAS : IPAQ2

M.A.3. - 3. Quand vous avez fait des activités physiques **intenses** au travail au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré **en moyenne** ?

** heures par jour

[0 [0 | 24] 24]

*** minutes par jour

[0 [0 | 999] 999]

SAS : IPAQ3BIS

SAS : IPAQ3

M.A.4.A. - Là encore, pensez seulement aux activités physiques qui ont duré au moins 10 minutes d'affilé.

M.A.4. - 4. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **modérées au travail** comme porter des charges légères ? N'incluez pas la marche.

* Jours par semaine

[1 [1 | 7] 7]

 Aucune activité physique modérée **1**

SAS : IPAQ4BIS

SAS : IPAQ4

M.A.5. - 5. Quand vous avez fait des activités physiques **modérées** au travail au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré **en moyenne** ?

** heures par jour

[0 [0 | 24] 24]

*** minutes par jour

[0 [0 | 999] 999]

SAS : IPAQ5BIS

SAS : IPAQ5

M.A.6. - 6. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous **marché au travail** pendant au moins 10 minutes d'affilée? Ne tenez pas compte de la marche entre votre domicile et votre lieu de travail.

* Jours par semaine

[1 [1 | 7] 7]

 Aucune marche **1**

SAS : IPAQ6BIS

SAS : IPAQ6

M.A.7. - 7. Quand vous avez marché au travail au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

[0 [0 | 24] 24]

*** minutes par jour

[0 [0 | 999] 999]

SAS : IPAQ7BIS

SAS : IPAQ7

M.B. - 2^{ème} PARTIE : ACTIVITE PHYSIQUE LIEE AUX DEPLACEMENTS

M.B.A. - Les questions suivantes portent sur la manière dont vous vous êtes déplacé d'un endroit à un autre, notamment pour vous rendre au travail, dans des magasins, au cinéma, etc.

M.B.8. - 8. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours vous êtes-vous **déplacé en véhicule motorisé** comme le train, le bus, la voiture ou le tramway ?

* Jours par semaine

 Aucun déplacement en véhicule motorisé **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ8

SAS : IPAQ8BIS

M.B.9. - 9. Quand vous vous êtes **déplacé dans un véhicule à moteur** (comme un train, un autobus, une voiture ou un tram) au cours d'un de ces jours, combien de temps cela a-t-il duré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ9

SAS : IPAQ9BIS

M.B.B. - Maintenant, pensez uniquement à vos déplacements à **vélo** ou à **pied** entre votre domicile et votre travail, pour faire des courses ou pour aller d'un endroit à un autre.

M.B.10. - 10. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait du **vélo** pendant au moins 10 minutes d'affilée pour aller d'un endroit à un autre ?

* Jours par semaine

 Aucun vélo **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ10

SAS : IPAQ10BIS

M.B.11. - 11. Quand vous avez fait du **vélo** au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ11

SAS : IPAQ11BIS

M.B.12. - 12. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours vous êtes-vous **déplacé à pied** pendant au moins 10 minutes d'affilée pour aller d'un endroit à un autre ?

* Jours par semaine

 Aucun déplacement à pied **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ12

SAS : IPAQ12BIS

M.B.13. - 13. Quand vous avez marché **pour vos déplacements** au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ13

SAS : IPAQ13BIS

M.C. - 3^{ème} PARTIE : MENAGE, ENTRETIEN DE LA MAISON, TEMPS PASSE A S'OCCUPER DE SA FAMILLE

M.C.A. - Cette partie porte sur les activités physiques que vous avez faites ces 7 derniers jours à l'intérieur et à l'extérieur de votre domicile comme faire le ménage, le jardinage, faire des travaux d'entretien et vous occuper de votre famille.

M.C.14.A. - Encore une fois, pensez seulement aux activités physiques intenses qui ont duré au moins 10 minutes d'affilée.

M.C.14. - 14. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **intenses** comme soulever des charges lourdes, couper du bois, déblayer la neige ou bêcher **dans votre jardin ou votre cour** ?

* Jours par semaine

 Aucune activité physique intense **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ14

SAS : IPAQ14BIS

M.C.15. - 15. Quand vous avez fait des activités physiques **intenses** dans votre jardin ou votre cour au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ15

SAS : IPAQ15BIS

M.C.16.A. - Encore une fois, ne tenez compte que des activités physiques modérées qui ont duré au moins 10 minutes d'affilée.

M.C.16. - 16. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités **modérées** comme soulever des charges légères, balayer, nettoyer les vitres ou ratisser **dans votre jardin ou votre cour** ?

* Jours par semaine

 Aucune activité physique modérée **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ16

SAS : IPAQ16BIS

M.C.17. - 17. Quand vous avez fait de l'activité physique **modérée** dans votre jardin ou votre cour au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ17

SAS : IPAQ17BIS

M.C.18.A. - Une fois encore, ne tenez compte que des activités physiques modérées qui ont duré au moins 10 minutes d'affilée.

M.C.18. - 18. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques comme soulever des charges légères, nettoyer le sol ou les vitres et balayer **modérées à l'intérieur de votre domicile** ?

* Jours par semaine

 Aucune activité physique modérée **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ18BIS

SAS : IPAQ18

M.C.19. - 19. Quand vous avez fait de l'activité physique **modérée** à l'intérieur votre maison au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ19BIS

SAS : IPAQ19

M.D. - 4^{ème} PARTIE : ACTIVITE PHYSIQUE LIEE AUX LOISIRS, AU SPORT ET AU TEMPS LIBRE

M.D.A. - Cette partie porte sur toutes les activités physiques que vous avez faites ces 7 derniers jours seulement dans le cadre de **vos temps libre**, de vos activités sportives ou de vos loisirs. Ne tenez pas compte des activités que vous avez déjà mentionnées.

M.D.20. - 20. Sans compter la marche que vous avez déjà mentionnée, ces **7 derniers jours**, combien de jours avez-vous **marché** pendant au moins 10 minutes **pendant votre temps libre** ?

* Jours par semaine

 Aucune marche **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ20BIS

SAS : IPAQ20

M.D.21. - 21. Quand vous avez marché au cours de votre temps libre au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ21BIS

SAS : IPAQ21

M.D.22.A. - Pensez uniquement aux activités que vous avez faites pendant 10 minutes d'affilée.

M.D.22. - 22. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques **intenses** comme courir, faire du vélo rapidement, nager vite ou faire de la gym type aérobic **pendant votre temps libre** ?

* Jours par semaine

 Aucune activité physique intense **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ22BIS

SAS : IPAQ22

M.D.23. - 23. Quand vous avez fait des activités physiques **intenses** au cours de votre temps libre au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ23BIS

SAS : IPAQ23

M.D.24.A. - Encore une fois, ne tenez compte que des activités modérées qui ont duré au moins 10 minutes d'affilée.

M.D.24. - 24. Ces **7 derniers jours**, pendant combien de jours avez-vous fait des activités physiques modérées comme faire du vélo ou nager à un rythme tranquille ou jouer au tennis en double **pendant votre temps libre** ?

* Jours par semaine

 Aucune activité physique modérée **1**

[1 | 1 | 7 | 7]

SAS : IPAQ24BIS

SAS : IPAQ24

M.D.25. - 25. Quand vous avez fait des activités physiques modérées pendant votre temps libre au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ25BIS

SAS : IPAQ25

M.E. - 5^{ème} PARTIE : TEMPS PASSE ASSIS

M.E.A. - Les dernières questions portent sur le temps que vous avez passé **assis** ces 7 derniers jours. Incluez le temps passé au travail, à la maison, le temps passé à étudier ou en stage et le temps de loisirs. Cela peut comprendre le temps passé assis à votre bureau, assis lors d'une visite chez des amis, le temps passé à lire ou bien le temps passé assis ou allongé à regarder la télé. N'incluez pas le temps passé assis dans un véhicule motorisé que vous avez déjà mentionné.

M.E.26. - 26. En moyenne, ces **7 derniers jours**, combien de temps avez-vous passé **assis pendant un jour de semaine** ?

** heures par jour

*** minutes par jour

[0 | 0 | 24 | 24]

[0 | 0 | 999 | 999]

SAS : IPAQ26BIS

SAS : IPAQ26

<p>M.E.27. - 27. En moyenne, le week-end dernier, combien de temps avez-vous passé assis au cours d'une journée ?</p> <p>SAS : IPAQ27</p>	<p>** heures par jour</p> <p>[0 [0 24] 24]</p>	<p>*** minutes par jour</p> <p>[0 [0 999] 999]</p> <p>SAS : IPAQ27BIS</p>
---	--	---

Center Visit - EXAMEN CLINIQUE (CVEC / F26)

A.0. - 8. EXAMEN CLINIQUE

A. - 8.A. Données générales

A.1. - Poids

*** kg

SAS : EXAMCLIPOIDS

[0 [30 | 200] 250]

A.2. - Taille

*** cm

SAS : EXAMCLITAILLE

[40 [40 | 220] 220]

A.3. - Tension artérielle

/ *** mmHg

SAS : EXAMCLITA1

[20 [20 | 300] 300]

[20 [20 | 300] 300]

SAS : EXAMCLITA2

A.4. - Périmètre abdominal

*** cm

SAS : EXAMCLIPA

[40 [40 | 200] 200]

B. - 8.B. Indice de synovite

B.A. - Cocher les articulations pour lesquelles la synovite est présente

B.29. - Score global

**

SAS : SCGLOBSYNO

[0 [0 | 28] 28]

C. - 8.C. Indice articulaire

C.A. - Pour chaque articulation, cocher si une douleur apparaît à la mobilisation ou à la pression et préciser le score :
1 = douleur ; 2 = douleur + grimace ; 3 = douleur + grimace + retrait

C.1.1. - Rachis cervical

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC1

C.1.2. - Temporo-maxillaire **droite**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC2

C.1.3. - Temporo-maxillaire **gauche**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC3

C.1.4. - Sterno-claviculaire **droite**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC4

C.1.5. - Sterno-claviculaire **gauche**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC5

C.1.6. - Acromio-claviculaire **droite**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC6

C.1.7. - Acromio-claviculaire **gauche**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC7

C.1.8. - Epaule **droite**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC8

C.1.9. - Epaule **gauche**

- Douleur 1
 Douleur + grimace 2
 Douleur + grimace + retrait 3

SAS : ARTIARTISC9

C.1.10. - Coude droite SAS : ARTIARTISC10	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.11. - Coude gauche SAS : ARTIARTISC11	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.12. - Poignet droite SAS : ARTIARTISC12	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.13. - Poignet gauche SAS : ARTIARTISC13	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.14. - MCP 1 droite SAS : ARTIARTISC14	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.15. - MCP 1 gauche SAS : ARTIARTISC15	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.16. - MCP 2 droite SAS : ARTIARTISC16	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.17. - MCP 2 gauche SAS : ARTIARTISC17	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.18. - MCP 3 droite SAS : ARTIARTISC18	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.19. - MCP 3 gauche SAS : ARTIARTISC19	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.20. - MCP 4 droite SAS : ARTIARTISC20	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.21. - MCP 4 gauche SAS : ARTIARTISC21	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.22. - MCP 5 droite SAS : ARTIARTISC22	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.23. - MCP 5 gauche SAS : ARTIARTISC23	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.24. - IPP 1 droite SAS : ARTIARTISC24	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.25. - IPP 1 gauche SAS : ARTIARTISC25	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.26. - IPP 2 droite SAS : ARTIARTISC26	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3

C.1.27. - IPP 2 gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC27	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.28. - IPP 3 droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC28	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.29. - IPP 3 gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC29	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.30. - IPP 4 droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC30	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.31. - IPP 4 gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC31	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.32. - IPP 5 droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC32	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.33. - IPP 5 gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC33	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.34. - Hanche droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC34	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.35. - Hanche gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC35	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.36. - Genou droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC36	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.37. - Genou gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC37	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.38. - Cheville droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC38	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.39. - Cheville gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC39	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.40. - Sous-astragalienn droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC40	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.41. - Sous-astragalienn gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC41	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.42. - Médio-tarsienne droite	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC42	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.43. - Médio-tarsienne gauche	<input type="checkbox"/> Douleur 1
SAS : ARTIARTISC43	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2
	<input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3

C.1.44. - MTP 1 droite SAS : ARTIARTISC44	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.45. - MTP 1 gauche SAS : ARTIARTISC45	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.46. - MTP 2 droite SAS : ARTIARTISC46	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.47. - MTP 2 gauche SAS : ARTIARTISC47	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.48. - MTP 3 droite SAS : ARTIARTISC48	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.49. - MTP 3 gauche SAS : ARTIARTISC49	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.50. - MTP 4 droite SAS : ARTIARTISC50	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.51. - MTP 4 gauche SAS : ARTIARTISC51	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.52. - MTP 5 droite SAS : ARTIARTISC52	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.53. - MTP 5 gauche SAS : ARTIARTISC53	<input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
C.1.54. - Score global (total des points) SAS : SCGLOBARTI	*** [0 0 159 159]
D. - 8.D. Indice d'enthèses	
D.A. - Merci d'appuyer fermement sur les sites ci-dessous et de noter dans la case correspondante si une douleur apparaît.	
D.1. - Première articulaire costo-chondrale gauche SAS : ARTIENTHESE1	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.2. - Première articulaire costo-chondrale droite SAS : ARTIENTHESE2	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.3. - Septième articulation costo-chondrale gauche SAS : ARTIENTHESE3	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.4. - Septième articulation costo-chondrale droite SAS : ARTIENTHESE4	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3

D.5. - Epine iliaque postéro-supérieure gauche SAS : ARTIENTHESE5	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.6. - Epine iliaque postéro-supérieure droite SAS : ARTIENTHESE6	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.7. - Epine iliaque antéro-supérieure gauche SAS : ARTIENTHESE7	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.8. - Epine iliaque antéro-supérieure droite SAS : ARTIENTHESE8	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.9. - Crête iliaque gauche SAS : ARTIENTHESE9	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.10. - Crête iliaque droite SAS : ARTIENTHESE10	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.11. - Insertion du tendon d'Achille gauche SAS : ARTIENTHESE11	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.12. - Insertion du tendon d'Achille droite SAS : ARTIENTHESE12	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3
D.13. - Epineuse de L5 SAS : ARTIENTHESE13	<input type="checkbox"/> Pas de douleur 0 <input type="checkbox"/> Douleur 1 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace 2 <input type="checkbox"/> Douleur + grimace + retrait 3

E. - 8.E. Mobilisation rachidienne			
E.A. -	E.B. - Gauche	E.C. - Droite	E.D. - Réponse
E.A.1. - 1. Distance occiput - mur	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI2	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI3	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI4
E.A.2. - 2. Indice de Schober modifié : (10 + XX cm)	E.B.2. -	E.C.2. -	*. * cm [0 [0 9] 9] SAS : ARTIRACHI8
E.A.3. - 3. Distance tragus - mur	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI10	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI11	**. * cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI12

	**.* cm	**.* cm	**.* cm
E.A.4. - 4. Flexion latérale du rachis	[0 [0 99] 99]	[0 [0 99] 99]	[0 [0 99] 99]
	SAS : ARTIRACHI14	SAS : ARTIRACHI15	SAS : ARTIRACHI16
E.A.5. - 5. Ampliation thoracique	E.B.5. -	E.C.5. -	** cm [0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI20
	** degrés	** degrés	** degrés
E.A.6. - 6. Rotation cervicale	[0 [0 99] 99]	[0 [0 99] 99]	[0 [0 99] 99]
	SAS : ARTIRACHI22	SAS : ARTIRACHI23	SAS : ARTIRACHI24
E.A.7. - 7. Distance inter-malléolaire	E.B.7. -	E.C.7. -	*** cm [0 [0 999] 999] SAS : ARTIRACHI28
			**.* cm
E.A.8. - 8. Distance doigt - sol	E.B.8. -	E.C.8. -	[0 [0 99] 99] SAS : ARTIRACHI32

Center Visit - Données générales (CVDG / F27)

A.0. - 9. DONNEES GENERALES

A. - 9.A. Données générales et relatives aux manifestations articulaires (durant les 48 dernières heures)

A.1. - Appréciation globale de l'activité du rhumatisme, par le médecin

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : DGACTRHUMA

B. - 9.B. Diagnostic selon le médecin au terme de cette visite

B.1. - Avez-vous une hypothèse diagnostique face à ce patient au terme de cette visite ?

Oui 1 Non 2

SAS : DGHYPO

B.1.1. - Si oui ,laquelle

- Spondylarthrite ankylosante 1
- Rhumatisme psoriasique 2
- Spondyloarthrite associée à MICI 3
- Arthrite réactionnelle 4
- Spondyloarthrite indifférenciée 5
- Fibromyalgie 6
- Rachialgie commune 7
- Rachialgie d'une autre origine 8

SAS : DGHYPOTH

B.1.1.1. - Si rachialgie d'une autre origine, préciser

SAS : DGHYPOTHPREC

B.1.2. - Si oui, quel est votre degré de conviction de cette hypothèse diagnostique

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4
 5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
 10 10

SAS : DGHYPOTHCONVIC

Center Visit - Examens complémentaires (CVEP / F28)

A.0. - 10. Examens complémentaires

A. - 10.A. Examens biologiques

A.1. - Date	__/__/____
SAS : EXAMBIODATE	[2007-01-01 2037-01-01]
A.2. - VS 1ère heure	** mm
SAS : EXAMBIO1	[0 [2 10] 99]
A.3. - CRP	***.* mg/L
SAS : EXAMBIO2	[0 [.5 100] 999]
A.4. - Hémoglobine	**.* g/dl
SAS : EXAMBIO3	[0 [5 25] 99]
A.5. - Globules blancs	*** 10.9/l
SAS : EXAMBIO4	[0 [2 20] 999]
A.6. - Plaquettes	*** 10.9/l
SAS : EXAMBIO5	[0 [150 650] 999]
A.7. - Glycémie	**.** mmol/l
SAS : EXAMBIO6	[0 [.2 7] 99]
A.7.1. -	ou **.** g/l
SAS : EXAMBIO7	[0 [.2 7] 99]
A.8. - Créatinine	***.* µmol/l
SAS : EXAMBIO8	[0 [20 200] 999]
A.9. - Cholestérol total	**.** mmol/l
SAS : EXAMBIO9	[0 [.2 10] 99]
A.10. - HDL cholestérol	**.** mmol/l
SAS : EXAMBIO10	[0 [.2 10] 99]
A.11. - Triglycérides	**.** mmol/l
SAS : EXAMBIO11	[0 [.2 10] 99]

C. - Examens radiologiques à centraliser

C.1. - Radiographie standard	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : EXAMRADIOSTD	
C.2. - IRM (seulement pour les centre AP-HP)	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ² <input type="checkbox"/> Non concerné ³
SAS : EXAMRADIOIRM	

Center Visit - Densitométrie osseuse (CVDO / F29)

A. - 10.B. Densitométrie osseuse

1. - 10.B.1. Densitométrie osseuse réalisée en dehors de celles effectuées dans le cadre du protocole DESIR

 Oui ¹ Non ²

SAS : DOHORSDESIR

1.A. - T score lombaire	1.B. - T score fémur total	1.C. - Date
+ **,** [0 [0 99] 99]	+ **,** [0 [0 99] 99]	_/____ [2007-01-01 2037-01-01]
SAS : TSCORELOMB1	SAS : TSCOREFEM1	SAS : TSCOREDATE1
+ **,** [0 [0 99] 99]	+ **,** [0 [0 99] 99]	_/____ [2007-01-01 2037-01-01]
SAS : TSCORELOMB2	SAS : TSCOREFEM2	SAS : TSCOREDATE2

2. - 10.B.2. Densitométrie osseuse réalisée dans le cadre de la cohorte DESIR

 Oui ¹ Non ²

SAS : DODESIR

2.1. - Date

//____

SAS : DODESIRDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

2.2. - Type d'appareil

 Hologic ¹ Lunar ²
 Norland ³ DMS ⁴

SAS : DODESIRTYPEAPP

2.3. - Modèle

SAS : DODESIRTYPEMODELE

2.A. - Résultats**2.A.A. - Rachis Lombaire**

2.A.A.1. - Examen effectué

 Oui ¹ Non ²

SAS : DORACHISL

2.A.A.2. - DMO L1 - L4

,* g/cm2

SAS : DORACHISLDMO

[0 [0 | 99] 99]

2.A.A.3. - T score

,

SAS : DORACHISLTSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.A.4. - Z score

,

SAS : DORACHISLZSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.A.5. - Courbe utilisée

SAS : DORACHISCOURBE

2.A.B. - Hanche

2.A.B.1. - Examen effectué

 Oui ¹ Non ²

SAS : DOHANCHE

2.A.B.2. - DMO Col Fémoral

,* g/cm2

SAS : DOHANCEDMOC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.B.3. - T score

,

SAS : DOHANCHECTSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.B.4. - Z score

**.*

SAS : DOHANCHECZSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.C.2. - DMO Fémur Total

**.* g/cm2

SAS : DOHANCHEDMOF

[0 [0 | 99] 99]

2.A.C.3. - T score

**.*

SAS : DOHANCHEFTSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.C.4. - Z score

**.*

SAS : DOHANCHEFZSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.C.5. - Courbe utilisée

SAS : DOHANCHECOURBE

2.A.D. - **Corps entier**

2.A.D.1. - Examen effectué

 Oui 1 Non 2

SAS : DOCORPS

2.A.D.2. - DMO Corps entier

**.* g/cm2

SAS : DOCORPSDMO

[0 [0 | 99] 99]

2.A.D.3. - T score

**.*

SAS : DOCORPSTSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.D.4. - Z score

**.*

SAS : DOCORPSZSC

[0 [0 | 99] 99]

2.A.D.5. - Courbe utilisée

SAS : DOCORPSCOURBE

2.A.E. - **VFA**

2.A.E.1. - Fracture détectée par VFA ?

 Oui 1 Non 2

SAS : DOVFA

2.A.E.1.1. - Si oui, préciser le niveau

SAS : DOVFANIVEAU

1: T4
2: T5
3: T6
4: T7
5: T8
6: T9
7: T10
8: T11
9: T12
10: L1
11: L2
12: L3
13: L4
14: L5

 1 1 2 2
 3 3 U 4

SAS : DOVFANIVEAU2

2.A.F. - **Composition corporelle**2.A.F.1. - **Bras Gauche**

2.A.F.1.1. - Masse grasse

****.* g

SAS : DOCCBGMG

[0 [0 | 9999] 9999]

2.A.F.1.2. - Masse maigre

****.* g

SAS : DOCCBGMM

[0 [0 | 9999] 9999]

2.A.F.1.3. - Pourcentage de graisse

**.* %

SAS : DOCCBPG

[0 [0 | 99] 99]

2.A.F.2. - **Bras Droit**

2.A.F.2.1. - Masse grasse	****.* g
SAS : DOCCBDMG	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.2.2. - Masse maigre	****.* g
SAS : DOCCBDMM	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.2.3. - Pourcentage de graisse	**.* %
SAS : DOCCBDPG	[0 [0 99] 99]
2.A.F.3. - Jambe Gauche	
2.A.F.3.1. - Masse grasse	****.* g
SAS : DOCCJGMG	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.3.2. - Masse maigre	****.* g
SAS : DOCCJGMM	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.3.3. - Pourcentage de graisse	**.* %
SAS : DOCCJGPG	[0 [0 99] 99]
2.A.F.4. - Jambe Droite	
2.A.F.4.1. - Masse grasse	****.* g
SAS : DOCCJDMG	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.4.2. - Masse maigre	****.* g
SAS : DOCCJDMM	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.4.3. - Pourcentage de graisse	**.* %
SAS : DOCCJDPG	[0 [0 99] 99]
2.A.F.5. - Tronc	
2.A.F.5.1. - Masse grasse	****.* g
SAS : DOCCTRONCMG	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.5.2. - Masse maigre	****.* g
SAS : DOCCTRONCMM	[0 [0 9999] 9999]
2.A.F.5.3. - Pourcentage de graisse	**.* %
SAS : DOCCTRONCPG	[0 [0 99] 99]
2.A.F.6. - Total	
2.A.G.5.1. - Masse grasse	*****.* g
SAS : DOCCTOTALMG	[0 [0 99999] 99999]
2.A.G.5.2. - Masse maigre	*****.* g
SAS : DOCCTOTALMM	[0 [0 99999] 99999]
2.A.G.5.3. - Pourcentage de graisse	**.* %
SAS : DOCCTOTALPG	[0 [0 99] 99]
2.A.H. - NB : Pour les appareils HOLOGIC, si les résultats de masse maigre ne sont disponibles que sous la forme de " Maigre + CMO " (" Lean + BMC ") uniquement, merci de saisir les données de CMO (BMC) des régions suivantes :	
2.A.H.1. - BMC Bras G (L Arm)	***.**
SAS : DOBMCBG	[0 [0 999] 999]
2.A.H.2. - BMC Bras D (R Arm)	***.**
SAS : DOBMCBD	[0 [0 999] 999]
2.A.H.3. - BMC Côtes G (L Ribs)	***.**
SAS : DOBMCCG	[0 [0 999] 999]

2.A.H.4. - BMC Côtes D (R Ribs)	***.**
SAS : DOBMCCD	[0 [0 999] 999]
2.A.H.5. - BMC Colonne T (T spine)	***.**
SAS : DOBMCCT	[0 [0 999] 999]
2.A.H.6. - BMC Colonne L (L spine)	***.**
SAS : DOBMCCD	[0 [0 999] 999]
2.A.H.7. - BMC Jambe G (L Leg)	***.**
SAS : DOBMCJG	[0 [0 999] 999]
2.A.H.8. - BMC Jambe D (R Leg)	***.**
SAS : DOBMCJD	[0 [0 999] 999]
2.A.H.9. - BMC TOTAL	****.**
SAS : DOBMCTOT	[0 [0 9999] 9999]

Center Visit - Radiographies (CVRA / F30)

A.0. - 11. Radiographies

DATVIS - Date

_ / _ / _

SAS : RADIODATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

A. - 11.A. Radiographie du bassin de face

A.1. - 11.A.1. Sacroiliite

A.1.B.1. - Stade radiographique Droite

SAS : RADIOSACROD

0: Absence de sacroiliite
 1: Modifications suspectes
 2: Anomalies minimales-petites zones localisées d'érosion ou de sclérose, sans modifications de l'interligne articulaire
 3: Anomalies non équivoques - sacroiliite modérée ou avancée avec une ou plus des caractéristiques suivantes :
 érosions, sclérose évidente, élargissement/diminution de l'interligne articulaire ou ankylose partielle
 4: Ankylose totale

A.1.C.1. - Stade radiographique Gauche

SAS : RADIOSACROG

0: Absence de sacroiliite
 1: Modifications suspectes
 2: Anomalies minimales-petites zones localisées d'érosion ou de sclérose, sans modifications de l'interligne articulaire
 3: Anomalies non équivoques - sacroiliite modérée ou avancée avec une ou plus des caractéristiques suivantes :
 érosions, sclérose évidente, élargissement/diminution de l'interligne articulaire ou ankylose partielle
 4: Ankylose totale

A.1.D. - Pensez-vous que ce patient présente des anomalies radiographiques des articulations sacroiliaques évoquant une spondylarthrite ?

 Oui ¹
 Non ²

SAS : RADIOANOSPONDY

A.2. - 11.A.2. Coxite

A.2.B.1. - Stade radiographique Droite

SAS : RADIOCOXD

0: Normal
 1: Douteux
 2: Interligne pincé de façon circonférentielle, restant de plus de 2mm
 3: Modéré : interligne pincé, inférieur ou égal à 2mm ou production osseuse de moins de 2cm
 4: Sévère : déformation de la tête ou production osseuse de plus de 2cm

A.2.C.1. - Stade radiographique Gauche

SAS : RADIOCOXG

0: Normal
 1: Douteux
 2: Interligne pincé de façon circonférentielle, restant de plus de 2mm
 3: Modéré : interligne pincé, inférieur ou égal à 2mm ou production osseuse de moins de 2cm
 4: Sévère : déformation de la tête ou production osseuse de plus de 2cm

B. - 11.B. Radiographie du rachis : syndesmophytes

B.1. - Date de la radio

_ / _ / _

SAS : RADIOSYNDE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

B.1.A. - Films : clichés de profil du rachis lombaire et cervical. Les éléments suivants seront collectés :

B.1.1. - 1. Partie antérieure du plateau inférieur de C2

SAS : RADIO1

0: Pas d'anomalie
 1: Erosion, sclérose ou squaring
 2: Syndesmophyte
 3: Pont osseux inter-vertébral

B.1.2. - 2. Partie antérieure du plateau supérieur de C3

SAS : RADIO2

0: Pas d'anomalie
 1: Erosion, sclérose ou squaring
 2: Syndesmophyte
 3: Pont osseux inter-vertébral

B.1.3. - 3. Partie antérieure du plateau inférieur de C3

SAS : RADIO3

0: Pas d'anomalie
 1: Erosion, sclérose ou squaring
 2: Syndesmophyte
 3: Pont osseux inter-vertébral

B.1.4. - 4. Partie antérieure du plateau supérieur de C4 SAS : RADIO4	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.5. - 5. Partie antérieure du plateau inférieur de C4 SAS : RADIO5	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.6. - 6. Partie antérieure du plateau supérieur de C5 SAS : RADIO6	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.7. - 7. Partie antérieure du plateau inférieur de C5 SAS : RADIO7	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.8. - 8. Partie antérieure du plateau supérieur de C6 SAS : RADIO8	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.9. - 9. Partie antérieure du plateau inférieur de C6 SAS : RADIO9	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.10. - 10. Partie antérieure du plateau supérieur de C7 SAS : RADIO10	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.11. - 11. Partie antérieure du plateau inférieur de C7 SAS : RADIO11	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.12. - 12. Partie antérieure du plateau supérieur de T1 SAS : RADIO12	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.13. - 13. Partie antérieure du plateau inférieur de T1 SAS : RADIO13	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.14. - 14. Partie antérieure du plateau supérieur de L1 SAS : RADIO14	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.15. - 15. Partie antérieure du plateau inférieur de L1 SAS : RADIO15	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.16. - 16. Partie antérieure du plateau supérieur de L2 SAS : RADIO16	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.17. - 17. Partie antérieure du plateau inférieur de L2 SAS : RADIO17	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.18. - 18. Partie antérieure du plateau supérieur de L3 SAS : RADIO18	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.19. - 19. Partie antérieure du plateau inférieur de L3 SAS : RADIO19	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral

B.1.20. - 20. Partie antérieure du plateau supérieur de L4 SAS : RADIO20	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.21. - 21. Partie antérieure du plateau inférieur de L4 SAS : RADIO21	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.22. - 22. Partie antérieure du plateau supérieur de L5 SAS : RADIO22	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.23. - 23. Partie antérieure du plateau inférieur de L5 SAS : RADIO23	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.24. - 24. Partie antérieure du plateau supérieur de S1 SAS : RADIO24	0: Pas d'anomalie 1: Erosion, sclérose ou squaring 2: Syndesmophyte 3: Pont osseux inter-vertébral
B.1.25. - Score total SAS : RADIOTOT	** [0 [0 72] 72]

Center Visit - IRM (CVIR / F31)

A. - 12. IRM

1. - IRM

 Oui ¹ Non ²

SAS : IRM

1.1. - Date de l'IRM

//___

SAS : IRMDATE

[2007-01-01 | 2037-01-01]

1.2. - Qui interprète ?

 Radiologue ¹ Rhumatologue ²

SAS : IRMINTERPRETE

1.2.1. - 12.1. Sacroiliite

1.2.1.A. -

1.2.1.B. - Droite**1.2.1.C. - Gauche****1.2.1.A.1. - Lésion inflammatoires**0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles

SAS : IRMSACROLESINFD

SAS : IRMSACROLESINFG

1.2.1.A.2. - Lésions chroniques0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles

SAS : IRMSACROLESCHRD

SAS : IRMSACROLESCHRG

1.2.2. - 12.2. Rachis

1.2.2.A. -

1.2.2.B. - Cervical**1.2.2.C. - Dorsal****1.2.2.D. - Lombaire****1.2.2.A.1. - Lésion inflammatoires**0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles

SAS : IRMRACHISLESINFCER

SAS : IRMRACHISLESINFDR

SAS : IRMRACHISLESINFLOMB

1.2.2.A.2. - Lésions chroniques0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles0: Non
1: Douteux
2: Oui
9: Clichés non disponibles

SAS : IRMRACHISLESCHRCER

SAS : IRMRACHISLESCHRDOR

SAS : IRMRACHISLESCHRLOMB

Center Visit - Conclusion (CVCL / F32)

A. - Au terme de cette consultation

B. -

1. - **1. Vous avez vérifié que le dossier patient a été correctement complété** Oui ¹ Non ²

SAS : VERIFDOSSIER

2. - **2. Le diagnostic supposé est toujours celui de spondyloarthrite** Oui ¹ Non ²

SAS : DIAGNOSPONDY

2.1. - Si non, quel est-il ?

SAS : DIAGNOAUTRE

2.A. - Le patient va remplir des questionnaires tous les 6 mois et la prochaine consultation sera à fixer dans 2,5 ans.

3. - Nom de l'investigateur

SAS : NOMINV

DATVIS - Date

//___

SAS : DATEINV

[2007-01-01 | 2037-01-01]

5. - Veuillez cocher la case pour signer

 ¹

SAS : SIGNATUREINV

Questionnaire à domicile - Données démographiques (HBDD / F50)

DATVIS - Date du questionnaire		__/__/__
SAS : HBDATVIS		[2017-01-01 2037-01-01]
A. - 1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET MEDICO-ECONOMIQUES DEPUIS LES 6 DERNIERS MOIS		
A.1. - 1.A. Avez-vous changé de profession dans les 6 derniers mois ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBCHGTPROF		
A.1.1. - Si oui, quelle est votre nouvelle activité professionnelle ?		<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant ¹ <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant ou chef d'entreprise ² <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure ³ <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire ⁴ <input type="checkbox"/> Employé ⁵ <input type="checkbox"/> Ouvrier ⁶ <input type="checkbox"/> Retraité ⁷ <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle ⁸
SAS : HBNVELLEPROF		
A.B. - 1.B. Situation professionnelle actuelle		
A.2. - Avez-vous un emploi ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBEMP		
A.2.1. - Si oui, préciser		<input type="checkbox"/> Temps plein ¹ <input type="checkbox"/> Temps partiel ²
SAS : HBEMPDES		
A.2.1.1. - % temps complet	** % [0 [0 99] 99]	A.2.1.2. - ou nombre d'heures/semaine [0 [0 99] 99]
SAS : HBEMPTSCOMPPRCT		SAS : HBEMPTSCOMPH
A.2.2. - Avez-vous été en arrêt de travail durant les 6 derniers mois ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBARRET		
A.2.2.1. - Si oui, êtes-vous actuellement en arrêt longue durée ou longue maladie ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBARREACTUEL		
A.2.2.1.1. - Date de début de l'arrêt		__/__/__
SAS : HBARRETDEB		[1920-01-01 2027-01-01]
A.2.2.1.2. - La spondyloarthrite est-elle en cause ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBARRETCAUSE		
A.2.2.2. - Si oui, combien de jours avez-vous été en arrêt du fait de la spondyloarthrite depuis la dernière visite ou le dernier questionnaire ?		*** jours [0 [0 999] 999]
SAS : HBARRETSPONDY		
A.2.2.3. - Etes-vous en invalidité ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBINVAL		
A.2.2.3.1. - Date de début de l'invalidité	__/__/__ [1920-01-01 2027-01-01]	A.2.2.3.2. - ou déjà noté auparavant
SAS : HBINVALDEB		<input type="checkbox"/> ¹ SAS : HBINVALDEJANOTE
A.2.2.3.4. - La spondyloarthrite est-elle en cause ?		<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : HBINVALSPONDY		

Questionnaire à domicile - BAS (HBBA / F51)**B. - 2. BASDAI**

B.A. - Pour chacune des questions, sélectionner le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse en vous référant aux dernières 48 heures.

B.1. - 1. Où situeriez-vous votre degré global de fatigue ?

SAS : HBBASDIFATIGUE

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

B.2. - 2. Où situeriez-vous votre degré global de douleur liée à la spondylarthrite ankylosante au niveau du cou, du dos et des hanches ?

SAS : HBBASDIDOULEUR

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

B.3. - 3. Où situeriez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

SAS : HBBASDIDOULEUR2

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

B.4. - 4. Où situeriez-vous votre degré global de gêne physique pour les zones sensibles au toucher ou la pression ?

SAS : HBBASDIGENEPHY

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

B.5. - 5. Où situeriez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

SAS : HBBASDIRAIDEUR

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

B.6. - 6. Quelle est la durée de la raideur matinale à partir de votre réveil ?

SAS : HBBASDIRAIDEUR2

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

C. - 3. BASFI

C.A. - Pour chacune des questions, sélectionner le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau de capacité à effectuer les activités décrites en vous référant aux dernières 48 heures.

C.1. - 1. Mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou d'un accessoire (ex. : petit appareil vous aidant à mettre les chaussettes)

SAS : HBBASFIMETTCHAUSS

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

C.2. - 2. Vous penchez en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un accessoire

SAS : HBBASFIRAMSTYLO

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

C.3. - 3. Atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un accessoire (ex. : pince à long manche)

SAS : HBBASFIATTETAGERE

<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	10								

C.4. - 4. Vous levez d'une chaise sans accouder sans utiliser vos mains ou toute autre aide

SAS : HBBASFILEVERCHAISE

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.5. - 5. Vous relevez de la position "couché(e) sur le dos", sans aide

SAS : HBBASFIRELCOUCHE

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.6. - 6. Rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne physique

SAS : HBBASFIRESTDEBOUT

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.7. - 7. Monter 12 à 15 marches sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien. **En ne posant qu'un pied sur chaque marche**

SAS : HBBASFIMONTMARCHE

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.8. - 8. Regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner

SAS : HBBASFIREGEPAULE

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.9. - 9. Faire des activités nécessitant un effort physique (ex : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports)

SAS : HBBASFIEFFPHY

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

C.10. - 10. Faire des activités de toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail

SAS : HBBASFIACJTJOUR

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

D.A. - 4. BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis - Global Score)

D.1. - Comment évaluez-vous l'effet de votre maladie sur votre état général durant la semaine précédente ?

SAS : HBBASGETATGEN

0 1 2 3
 4 5 6 7 8
 9 10

Questionnaire à domicile - Données cliniques (HBDC / F52)

E. - 5. Protéine C-Réactive

E.A. - Merci de renseigner la dernière valeur de Protéine C-réactive (CRP) disponible (au cours des derniers 6 mois) : ceci se trouve dans votre prise de sang.

E.1. - CRP	*** mg/L	E.2. - ou	< ** mg/L
SAS : CRP	[0 [0 999] 999]		[0 [0 99] 99]
			SAS : CRP2

E.4. - Date de la prise de sang

//___

SAS : CRPDATE

[2017-01-01 | 2037-01-01]

E.5. - OU Je n'ai pas fait de prise de sang contenant une CRP dans les 6 derniers mois 1

SAS : PASPRISESANG

F. - 6. Prise d'anti-inflammatoires

F.1. - Avez-vous pris un traitement par anti-Inflammatoire non stéroïdien au cours des 6 derniers mois ?

 Oui 1 Non 2

SAS : TRATINFL

F.A.Z. - Anti-inflammatoires

F.A. -	F.B. - NOM	F.C. - DOSE (mg)	F.D. - PAR	F.E. - DATE DEBUT	F.F. - DATE DE FIN	F.G. - En cours
F.A.1. - Anti-inflammatoire n°1		**** [0 [0 9999] 9999]	1: Jour 2: Semaine 3: Mois SAS : AI1PAR	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : AI1COURS
F.A.2. - Anti-inflammatoire n°2		**** [0 [0 9999] 9999]	1: Jour 2: Semaine 3: Mois SAS : AI2PAR	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : AI2COURS
F.A.3. - Anti-inflammatoire n°3		**** [0 [0 9999] 9999]	1: Jour 2: Semaine 3: Mois SAS : AI3PAR	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	_/_/___ [2017-01-01 2037-01-01]	<input type="checkbox"/> En cours 1 SAS : AI3COURS

F.A.4. - Anti-inflammatoire n°4	_____	****	1: Jour	_/__	_/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
	_____	[0 [0 9999] 9999]	2: Semaine	[2017-01-01 2037-01-01]	[2017-01-01 2037-01-01]	
	SAS : AI4NOM	SAS : AI4DOSE	SAS : AI4PAR	SAS : AI4DEB	SAS : AI4FIN	SAS : AI4COURS
F.A.5. - Anti-inflammatoire n°5	_____	****	1: Jour	_/__	_/__	<input type="checkbox"/> En cours ¹
	_____	[0 [0 9999] 9999]	2: Semaine	[2017-01-01 2037-01-01]	[2017-01-01 2037-01-01]	
	SAS : AI5NOM	SAS : AI5DOSE	SAS : AI5PAR	SAS : AI5DEB	SAS : AI5FIN	SAS : AI5COURS

G. - VII. Prise de traitement par biothérapie

G.1. - Avez-vous pris un traitement de fond par biothérapie pour votre spondyloarthrite depuis 6 mois ?

Oui ¹ Non ²

SAS : TRTFOND

G.1.1. - Traitement 1	SAS : TRTFOND1	16: Baricitinib
		2: Benepali [®]
		8: Cimzia [®]
		9: Cosentyx [®]
		1: Enbrel [®]
		3: Humira [®]
		5: Inflectra [®]
		11: Orencia [®]
		14: Otezla [®]
		4: Remicade [®]
		6: Remsima [®]
		12: Rituximab [®]
		10: Roactemra [®]
		7: Simponi [®]
		13: Stelara [®]
		15: Tofacitinib

G.1.2. - Traitement 2

SAS : TRTFOND2

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.3. - Traitement 3

SAS : TRTFOND3

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.4. - Traitement 4

SAS : TRTFOND4

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.5. - Traitement 5

SAS : TRTFOND5

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.6. - Traitement 6

SAS : TRTFOND6

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.7. - Traitement 7

SAS : TRTFOND7

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.8. - Traitement 8

SAS : TRTFOND8

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.9. - Traitement 9

SAS : TRTFOND9

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

G.1.10. - Traitement 10

SAS : TRTFOND10

- 16: Baricitinib
- 2: Benepali ®
- 8: Cimzia ®
- 9: Cosentyx ®
- 1: Enbrel ®
- 3: Humira ®
- 5: Inflectra ®
- 11: Orencia ®
- 14: Otezla ®
- 4: Remicade ®
- 6: Remsima ®
- 12: Rituximab ®
- 10: Roactemra ®
- 7: Simponi ®
- 13: Stelara ®
- 15: Tofacitinib

Transition (TRAN / F98)

DATVIS - Date

//___

SAS : TRAN

[2017-01-01 | 2037-01-01]

1. - Jusqu'à présent, le patient avait-il un accès à internet ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : TRANACCESAVANT

2. - A ce jour, le patient a-t-il un accès à internet ?

 Oui ¹ Non ²

SAS : TRANACCESMAINT

Formulaire de fin d'étude (FFIN / F99)

DATVIS - Date	__/__/__
SAS : FFINDATE	[2017-01-01 2037-01-01]
2. - Le patient a-t-il effectué toutes les visites prévues de l'étude ?	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non ²
SAS : FFINTEVISITE	
2.2. - Date de sortie de l'essai	__/__/__
SAS : FFINDATEFIN	[2017-01-01 2037-01-01]
2.3. - Raison principale	<input type="checkbox"/> Retrait de consentement ¹ <input type="checkbox"/> Décision médicale ² <input type="checkbox"/> Perdu de vue ³ <input type="checkbox"/> Décès ⁴ <input type="checkbox"/> Autre ⁵
SAS : FFINRAISON	
2.3.1. - Si oui, motif	_____ _____
SAS : FFINDECESMOTIF	
2.3.2. - Date du décès	__/__/__
SAS : FFINDECES	[2017-01-01 2037-01-01]
2.3.4. - Si autre, préciser	_____ _____
SAS : FFINAUTRE	