DESIR
DEVENIR DES SPONDYLOARTHRITES INDIFFERENCIEES RECENTES

Etude « DESIR 10 à 20 ans »

CENTER VISIT CRF

SUIVI à 15 ans

Suivi à 15 ans

Date de consultation : /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Patient venu / contacté ce jour ? oui ❑ non ❑

Si non :

RAISON DE NON SUIVI :

❑ Patient décédé

Si OUI, motif :……

Date /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

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

❑ Ne peut pas venir à cette consultation

Motif :……

❑ Patient perdu de vue

Date des dernières nouvelles /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Le patient est-il déclaré en affection longue durée (prise en charge à 100% pour la sécurité sociale) pour la Spondylarthrite ? OUI ❑ NON ❑

Si OUI, à quelle date? /__/__/__/__/ (année) ou ne sait pas ❑

TRAITEMENTS

Traitement depuis la dernière visite

Traitements de fonds OUI ❑ NON ❑

Traitement	1 : Abatacept, Orencia ® 2 : Adalimumab, Amgevita® 3 : Adalimumab, Hulio® 4 : Adalimumab, Humira ® 5 : Adalimumab, Hyrimoz® 6 : Adalimumab, Idacio® 7 : Adalimumab, Imraldi® 8 : Adalimumab, Yuflyma® 9 : Apremilast, Otezla ® 10 : Baricitinib, Olumniant® 11 : Biphosphonates (pour la SPA) 12 : Certoluzumab, Cimzia ® 13 : Etanercept, Benepali ® 14 : Etanercept, Enbrel ® 15 : Etanercept, Erelzi® 16 : Golimumab, Simponi ® 17 : Hydroxychloroquine 18 : Imurel 19 : Infliximab 20 : Infliximab, Flixabi® 21 : Infliximab, Inflectra ® 22 : Infliximab, Remicade ® 23 : Infliximab, Remsima ® 24 : Infliximab, Zessly® 25 : Ixékizumab, Taltz® 26 : Leflunomide 27 : Methotrexate 28 : Rituximab 29 : Salazopyrine 30 : Sels d'or 31 : ecukinumab, Cosentyx ® 31 : Tocilizumab, Roactemra® 32 : Tofacitinib, Xeljanz® 33 : Upadacitinib, Rinvoq® 34 : Ustekinumab, Stelara 35 : Autre
Si autre, préciser	…….
Cadre	❑ Pratique courante ❑ Essai thérapeutique
Unité	1: ng 4: gr 2: µg 5: µl 3: mg 6: ml
Posologie (par unité)	/__/__/__/
Intervalle (entre 2 administrations)	1: Par jour 4: Par mois 2: Par semaine 5: Par trimestre 3: Toutes les 2 semaines 6: Autre
Si autre, préciser	…….
Voie	1: Oral 2: Sous-cutané 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire
Date début	/__/__/ /__/__/__/__/
Date fin	/__/__/ /__/__/__/__/
En cours	❑

Cause d'arrêt	0: Pas d'arrêt 4: Chirurgie 1: Inefficacité 5: Grossesse 2: Effet secondaire 6: Souhait patient 3: Rémission 7: Autre
Si autre, précisez	……

Traitements corticoïdes **OUI ❑ NON ❑**

Si OUI, compléter :

<u>Corticothérapie intra-articulaire périphérique</u> OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Injections	Date	Localisation	Si autre, préciser
N°1	/__/__/ /__/__/__/__/	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	…… ……
N°2	/__/__/ /__/__/__/__/	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	…… ……

<u>Corticothérapie pour enthésite OUI ❑ NON ❑</u>

Si OUI, compléter :

Injections	Date	Localisation	Si autre, préciser
N°1	/__/__/ /__/__/__/__/	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	…… ……
		1: Epaule 2: Coude	

N°2	/__/__/ /__/__/__/__/	3: Poignet 4: Main 5: Paroi thoracique antérieure 6: Genou 7: Talon postérieur 8: Talon inférieur 9: Sous-astragale 10: Pied antérieur 11: Autre	…… ……

Corticothérapie axiale (rachis/sacro-iliaque) OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Injections	Date	Localisation	Si autre, préciser
N°1	/__/__/ /__/__/__/__/	1: Epidurale 2: Intradurale 3: Intra discale 4: Articulaire postérieure 5: Sacro-iliaque 6: Costo-vertébrale 7: Manubrio-sternale 8: Costo-claviculaire 9: Autre	…… ……
N°2	/__/__/ /__/__/__/__/	1: Epidurale 2: Intradurale 3: Intra discale 4: Articulaire postérieure 5: Sacro-iliaque 6: Costo-vertébrale 7: Manubrio-sternale 8: Costo-claviculaire 9: Autre	…… ……

Corticothérapie orale OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Posologie (équivalent Prednisone en mg/jour)		Date de début	Date de fin	En cours
Maximale	Moyenne			
/__/__/__/	/__/__/	/__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/	/__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/	❑
/__/__/__/	/__/__/	/__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/	/__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/	❑

Corticothérapie intramusculaire OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)	Nombre d'injections
/__/__/__/	/__/__/

/__/__/__/	/__/__/

Corticothérapie intraveineuse OUI ❑ NON ❑

Si OUI , compléter :

Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)	Nombre d'injections
/__/__/__/	/__/__/
/__/__/__/	/__/__/

Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AINS	1: Aceclofénac (Cartex®) 2: Acide méfénamique (Ponstyl®) 3: Acide niflumique (Nifluril®) 4: Acide tiaprofénique 5 : (Flanid®, Surgam®) 5: Alminoprofène (Minalfène®) 6: Célécoxib (Célébrex®) 7: Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®) 9: Etodolac (Lodine®) 10: Etoricoxib (Arcoxia®) 11: Fénoprofène (Nalgesic®) 12: Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®) 13: Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®) 14: Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®) 15: Kétoprofène (Bi-profénid®, Profénid®, Kétum, Toprec®) 16: Meloxicam (Mobic®) 17: Nabumétone (Nabucox®) 18: Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®) 19: Nimésulide (Nexen®) 20: Parécoxib (Dynastat®) 21: Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®) 22: Sulindac (Arthrocine®) 23: Tenoxicam (Tilcotil®) 24: Autre
Si autre, préciser	……
Posologie Moyenne (mg/jour)	/__/__/__/__/
Fréquence d'administration	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
Date début	/__/__/ /__/__/__/__/

Date fin	/__/__/ /__/__/__/__/
En cours	❑
Cause d'arrêt	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Effet secondaire digestif 3: Autre effet secondaire 4: Rémission 5: Autre
Si autre, préciser	……..

Antalgiques (pour le rhumatisme) OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Classe	1: Classe I (paracétamol, ...) 2: Classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...) 3: Classe III (dérivés morphiniques)
Voie	1: Oral 2: Sous-cutanée 3: Intra-veineux 4: Intra-musculaire 5: Suppositoire 6: Gel (application locale) 7: Autre
Si autre, préciser	…….
Posologie : Comprimés	❑ oui ❑ non
Si comprimés, préciser	/__/__/ __/ ./__/__/ Comprimés/jour
Date début	/__/__/ /__/__/__/__/
Date de fin	/__/__/ /__/__/__/__/

En cours	❑
Cause d'arrêt	0: Pas d'arrêt 1: Inefficacité 2: Rémission 3: Effet secondaire 4: Souhait patient 5: Autre
Si autre, préciser	…….……

Autres médicaments pris par le patient

Traitements spécifiques OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Classe	Préciser	Date début	Etat actuel
Hypolipémiant	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite
Antidiabétiques oraux	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite
Insuline	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite
Antihypertenseur	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite
Anti-agrégant plaquettaire	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite
Protecteur gastrique	OUI ❑ NON ❑	/__/__/ /__/__/__/__/	❑ en cours ❑ arrêté depuis la dernière visite

Autres médicaments pris par le patient actuellement ? OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie	Indication
……..	……	……..
……	……	……..

CO-MORBIDITES

a. Evénements gastro-intestinaux graves

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

Si oui, précisez	OUI	NON
▪ Ulcères	☐	☐
▪ Perforations	☐	☐
▪ Hémorragies	☐	☐
▪ Diverticulites	☐	☐

b. Affections cardio-vasculaires

b.1. Ischémie myocardique depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI,

- s'agit-il d'angine poitrine OUI ❑ NON
- s'agit-il d'infarctus du myocarde (syndrome coronaire aigu) OUI ❑ NON
- s'agit-il d'une coronaropathie silencieuse OUI ❑ NON

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.2. Insuffisance cardiaque depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.3. Accident vasculaire (AVC, AIT) depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI,

- s'agit-il d'accident ischémique transitoire OUI ❑ NON
- s'agit-il d'accident vasculaire cérébral OUI ❑ NON

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.4. HTA depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.5. Péricardite depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.6. Insuffisance aortique depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.7. Autre valvulopathie depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

b.8. Trouble de la conduction depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

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 ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

c. Pathologie pulmonaire chronique depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI,

Laquelle :

- ❑ Asthme
- ❑ Fibrose pulmonaire
- ❑ Dilatation bronches
- ❑ BPCO
- ❑ Autre

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

d. Maladies néoplasiques

d.1.Maladie lymphoproliférative depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI:

Date du diagnostic	I__I__I I__I__I I__I__I__I__I
Rémission complète	OUI ❑ NON ❑
Leucémie	OUI ❑ NON ❑
Lymphome	OUI ❑ NON ❑
Autre	OUI ❑ NON ❑

d.2. Néoplasie depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI:

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Métastases OUI ❑ NON ❑

Rémission complète OUI ❑ NON ❑

e. Tuberculose

Tuberculose depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI, précisez :	OUI	NON
primo-infection	☐	☐
tuberculose pulmonaire	☐	☐
osseuse	☐	☐
ganglionnaire	☐	☐
autre	☐	☐

si autre, précisez ……

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

f. Infections opportunistes non tuberculeuses

Infections opportunistes non tuberculeuses depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

Infections	Date	Nature: voir (a)
N°1	/__/__/ /__/__/ mois année	/____/./____/ Si /_5_/./_0_/ préciser ……
N°2	/__/__/ /__/__/ mois année	/____/./____/ Si /_5_/./_0_/ préciser ……
[…]		

(a)

Infections bactériennes : 1.1 **=** Angiomatose bacillaire, 1.2 = Listériose, 1.3 = Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire, 1.4 = Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées, 1.5 = Nocardiose, 1.6 = Pneumonie à Pneumocystis jiroveci, 1.7 = Septicémie à Salmonelles

Infections virales : 2.1 **=** Cytomegalovirus disséminé (le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV ET sur plus de un organe atteint), 2.2 = Atteinte

systémique liée à Herpès simplex, 2.3 = Leucoencéphalopathie multifocale progressive, 2.4 = Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale, 2.5 = Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux
Infections parasitaires : 3.1 **=** Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois), 3.2 = Leishmaniose disséminée, 3.3 = Toxoplasmose cérébrale
Infections fungiques : 4.1 **=** Aspergillose invasive, 4.2 = Candidose œsophagienne ou disséminée, 4.3 = Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire, 4.4 = Cryptococcose extra-pulmonaire, 4.5 = Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois), 4.6 = Histoplasmose disséminée ou extra-pulmonaire
Autre : 5.0

g. Autres Infections sévères

Autres Infections sévères depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :
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

Infections	Date	Nature: voir (a)	Germe (b)
N°1	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année	❑ septicémie sans localisation précise, ❑ arthrite septique, ❑ bronchopneumopathie, ❑ peau (cellulite), ❑ pyélonéphrite (voies urinaires), ❑ ORL, ❑ digestif, ❑ autres (si oui préciser). Si autre, préciser ……	❑ aucun retrouvé, ❑ staphylocoque, ❑ streptocoque, ❑ gram négatif, ❑ autre (si oui préciser). Si autre, préciser ……..
N°2	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année	❑ septicémie sans localisation précise, ❑ arthrite septique, ❑ bronchopneumopathie, ❑ peau (cellulite), ❑ pyélonéphrite (voies urinaires), ❑ ORL, ❑ digestif, ❑ autres (si oui préciser). Si autre, préciser ……	❑ aucun retrouvé, ❑ staphylocoque, ❑ streptocoque, ❑ gram négatif, ❑ autre (si oui préciser). Si autre, préciser ……..
[…]			

h. Maladies endocriniennes

h.1. Diabète depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI, date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Traitement en cours (inscrire le traitement le plus intense) :

❑ Régime
❑ Antidiabétiques oraux
❑ Insuline

Complications secondaires du diabète (rétinopathie, cardiopathie, atteinte rénale, neuropathie...) : OUI ❑ NON ❑

h.2. Dysthyroïdie depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI,

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Type ……

h.3. Hypercholestérolémie depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Date du premier traitement I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

h.4. Hypertriglycéridémie depuis la dernière visite OUI ❑ NON ❑

Si OUI

Date du diagnostic I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Date du premier traitement I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

i. Affections virales

	NON	OUI déjà noté lors de la visite précédente	OUI Apparue depuis la visite précédente	Ne sait pas
▪ HIV	❑	❑	❑	❑
▪ HBV chronique	❑	❑	❑	❑
▪ HCV chronique	❑	❑	❑	❑

▪ Zona	❑	❑	❑	❑

j. Syndrome de Gougerot-Sjögren

Syndrome de Gougerot-Sjögren depuis la visite précédente OUI ❑ NON❑

k. Alcool

Dose moyenne en gramme/jour depuis la précédente visite /___/___/ grammes/jour

(Inscrire 0 si pas d'alcool, et pour le calcul se souvenir que 10 grammes = une chope de 25 cl de bière à 5°, une coupe de 10 cl de champagne à 12°, un verre de 10 cl de vin à 12°, un verre de 7 cl d'apéritif à 18°, un verre de 3 cl de whisky à 40°, un verre de 3 cl de pastis à 45°…).

l. Pathologie hépatique

Pathologie hépatique depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

- Atteinte légère (sans hypertension portale, incluant notamment les hépatites chroniques) OUI ❑ NON ❑
- Atteinte modérée à sévère : OUI ❑ NON ❑

  Si OUI, préciser :
  - ❑ hépatite aiguë
  - ❑ hépatite chronique active, avec retentissement somatique
  - ❑ cirrhose

m. Pathologie neurologique chronique

Pathologie neurologique chronique depuis la visite précédente OUI ❑ NON ❑

Si OUI,
- Démence OUI ❑ NON ❑
- Hémiplégie OUI ❑ NON ❑

n. Autres pathologies chroniques en cours

Autres pathologies chroniques en cours OUI ❑ NON ❑

Si OUI, compléter :

NOM	Date du diagnostic

	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année
	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année
	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année
	/__/__/ /__/__/__/__/ mois année

o. Vaccination

Vaccination depuis la visite précédente OUI❑ NON❑

Si OUI, merci de préciser :

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

Si OUI, préciser :

❑ Pneumo23 ou Pneumovax
❑ Prevenar 13
❑ Ne sait pas

Grippe OUI ❑ NON❑
Fièvre jaune OUI ❑ NON❑
Tétanos OUI ❑ NON❑
Rougeole OUI ❑ NON❑
Varicelle OUI ❑ NON❑
Poliomyélite OUI ❑ NON❑
Covid-19 (Visite à 12,5 ans et 15 ans) OUI ❑ NON❑
Autre OUI ❑ NON❑

Si autre, préciser : ……

p. Fibromyalgie

Fibromyalgie depuis la visite précédente OUI❑ NON❑

Date du diagnostic : /__/__/ /__/__/__/__/

q. Ostéoporose

<u>q.1. Facteurs de risque</u>

- Le patient a-t-il diminué de taille > 4 cm depuis l'âge de 20 ans ? OUI ❑ NON ❑
- Traitement corticoïdes (doses supérieures à 5 mg/jour de Prednisone ou équivalent) pendant ou depuis plus de 3 mois OUI ❑ NON ❑

- Chute ≥ 1/an OUI ❑ NON ❑
- Crainte de tomber OUI ❑ NON ❑
- Antécédent parental de fracture de hanche OUI ❑ NON ❑
- Diagnostic d'ostéoporose secondaire OUI ❑ NON ❑

Si OUI,

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

q.2. Notion de fracture non traumatique chez le patient :

- col du fémur oui ❑ non ❑
- extrémité supérieure de l'humérus oui ❑ non ❑
- vertèbre oui ❑ non ❑
- poignet oui ❑ non ❑
- côtes (3 ou plus) oui ❑ non ❑
- bassin oui ❑ non ❑
- autre oui ❑ non ❑

Si autre, préciser ……

q.3. Traitement médicamenteux oui ❑ non ❑

Si OUI, préciser

- Calcium oui ❑ non ❑
- Vit D oui ❑ non ❑
- Bisphosphonates per os oui ❑ non ❑
- Bisphosphonates IV oui ❑ non ❑
- Ranelate de strontium oui ❑ non ❑
- Raloxifène oui ❑ non ❑
- Teriparatide oui ❑ non ❑
- Denosumab oui ❑ non ❑
- autre oui ❑ non ❑

Si autre, préciser ……

r. Facteurs de risque cardiovasculaire depuis TOUJOURS

r.1. Antécédent familial de maladie coronaire* oui ❑ non ❑

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

r.2. Tabagisme

- Etat :

❑ jamais

❑ oui mais arrêt depuis plus de 3 ans

❑ oui mais arrêt depuis moins de 3 ans

- Si oui mais arrêt depuis moins de 3 ans

Quantité : /__/__/ * (paquets/année)

* Si jamais, inscrire 0 sinon évaluer le nombre de paquets/année (par exemple inscrire 15 si le patient a fumé 1 paquet par jour pendant 15 ans, ou un demi-paquet par jour pendant 30 ans).

❑ oui toujours en cours

- Si oui toujours en cours

Quantité : /__/__/ * (paquets/année)

* Si jamais, inscrire 0 sinon évaluer le nombre de paquets/année (par exemple inscrire 15 si le patient a fumé 1 paquet par jour pendant 15 ans, ou un demi-paquet par jour pendant 30 ans).

CO-MORBIDITES FAMILIALES

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

	OUI Si oui préciser qui dans la famille svp	NON	Ne sait pas
a. Maladie coronaire précoce	❑	❑	❑
b. Spondylarthropathie	❑	❑	❑
◆ Spondylarthrite ankylosante	❑	❑	❑
◆ Rhumatisme psoriasique	❑	❑	❑
◆ Spondylarthropathie associée à MICI	❑	❑	❑
◆ Arthrite réactionnelle	❑	❑	❑
◆ Spondylarthropathie indifférenciée	❑	❑	❑
◆ SAPHO	❑	❑	❑
c. Psoriasis	❑	❑	❑
d. Uvéite	❑	❑	❑
e. MICI	❑	❑	❑
f. PR	❑	❑	❑
g. Connectivite	❑	❑	❑
h. Rhumatisme inflammatoire chronique non étiqueté	❑	❑	❑
i. Maladie périodique	❑	❑	❑
j. Maladie de Behcet	❑	❑	❑

PROFIL DU PATIENT

Patient de sexe féminin oui ❑ non ❑

Si OUI :

a. Contraception depuis la dernière visite oui ❑ non ❑

Si OUI, compléter :

a.1. Contraception orale oui ❑ non ❑

Si OUI, préciser :

- Le type :
  - ❑oestrogéno-progestative
  - ❑ micro-progestative
  - ❑ autre Si autre, précisez:……
- Nombre de mois de prise /___/___/
- Etat actuel
  - ❑ arrêté
  - ❑en cours

a.2. D.I. U (Stérilet) oui ❑ non ❑

- Etat actuel
  - ❑ arrêté
  - ❑en cours

a.3. Implant sous-cutané oui ❑ non ❑

Si OUI, préciser :

- Nombre de mois de pose /___/___/ mois
- Etat actuel
  - ❑ arrêté
  - ❑en cours

b. Grossesse(s) depuis la dernière visite oui ❑ non ❑

Si OUI, préciser :

- Année de l'accouchement /__/__/__/__/
- Devenir
  - ❑ en cours
  - ❑ accouchement à terme
  - ❑ accouchement prématuré

❑ fausse couche spontanée
❑ interruption volontaire de grossesse
❑ interruption thérapeutique de grossesse.

- Voie
  ❑ pas d'accouchement
  ❑ basse
  ❑ césarienne

- Enfant

  ❑ aucun
  ❑ fille
  ❑ garçon

c. Ménopause oui ❑ non ❑

Si OUI, traitement hormonal substitutif comprenant des oestrogènes oui ❑ non ❑

Si OUI, préciser :

- Nombre d'années de prise /___/___/
- Etat actuel

  ❑ arrêté

  ❑en cours

MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

Depuis la visite précédente du patient dans l'étude :

a. Uvéite OUI ❑ NON ❑

(* diagnostic d'uvéite par un ophtalmologue OU épisode d'œil rouge et douloureux de plus de 48 heures OU épisode ophtalmologique ayant nécessité une injection locale de corticoïdes) :

Si OUI, préciser :

- nombre d'épisodes /__/__/
- durée moyenne d'un épisode (jour) /__/__//__/
- traitement reçu pour cet (ces) épisodes : OUI ❑ NON ❑

Si Oui, préciser :	OUI	NON
- collyre de corticoïdes	❑	❑
- injection locale de corticoïdes	❑	❑
- corticothérapie par voie systémique	❑	❑
- Autre	❑	❑

Si autre, préciser ……

b. MICI

(* signes digestifs ayant fait porter le diagnostic de maladie inflammatoire chronique de l'intestin)

<u>b. 1. Le diagnostic de MICI a-t-il été porté ? (une seule case)</u>

❑ NON, n'a jamais été porté
❑ OUI, était déjà connu lors de la dernière visite
(Si oui, merci de noter dans la partie "Autres médicaments" du formulaire Traitements)
❑ OUI, a été porté après la dernière visite.

Si OUI, lequel :	OUI	NON
❑ Crohn	☐	☐
❑ RCH	☐	☐
❑ Autre	☐	☐

Si autre, préciser : ……

<u>b.2. Traitement spécifique en cours OUI ❑ NON ❑ (Si OUI en b.1.)</u>

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

c. Psoriasis

<u>c.1. Le diagnostic de psoriasis a-t-il été porté ? (une seule case)</u>

❑ NON, n’a jamais été porté
❑ OUI, était déjà connu lors de la dernière visite
❑ OUI, a été porté après la dernière visite.

Si OUI, a été porté après la dernière visite préciser :

	OUI	NON
- par un dermatologue	☐	☐
- par autre médecin non dermato	☐	☐

<u>c.2. Etat actuel (Si OUI en c.1.)</u>

- % de peau atteinte /___/___/___/

(1% = paume de la main – si absence de psoriasis inscrire /_0_/_0_/_0_/

- traitement actuel en cours OUI ❑ NON ❑
  Si oui, merci de noter dans la partie "Autres médicaments" du formulaire Traitements.

EXAMEN CLINIQUE

a. Données générales **Non réalisé ❑**

Poids /___/___/___/ kg

Taille /___/___/___/ cm

Tension artérielle /___/___//___/ / /___/___/___/ mmHg

Périmètre abdominal /___/___/___/ cm

b. Indice de synovite **Non réalisé ❑**

Cocher les articulations pour lesquelles la synovite est présente :

- Epaule droite	❑	IPP 1 droite	❑
- Epaule gauche	❑	IPP 1 gauche	❑
- Coude droite	❑	IPP 2 droite	❑
- Coude gauche	❑	IPP 2 gauche	❑
- Poignet droite	❑	IPP 3 droite	❑
- Poignet gauche	❑	IPP 3 gauche	❑
- MCP 1 droite	❑	IPP 4 droite	❑
- MCP 1 gauche	❑	IPP 4 gauche	❑
- MCP 2 droite	❑	IPP 5 droite	❑
- MCP 2 gauche	❑	IPP 5 gauche	❑
- MCP 3 droite	❑	Genou droite	❑
- MCP 3 gauche	❑	Genou gauche	❑
- MCP 4 droite	❑		
- MCP 4 gauche	❑		
- MCP 5 droite	❑		
- MCP 5 gauche	❑		

- Score global (total des points/ calcul automatique)

c. Indice articulaire **Non réalisé ❑**

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

	Douleur (1)	Douleur + grimace (2)	Douleur + grimace + retrait (3)
Rachis cervical	❑	❑	❑
Temporo-maxillaire droite	❑	❑	❑
Temporo-maxillaire gauche	❑	❑	❑

Sterno-claviculaire droite	❑	❑	❑
Sterno-claviculaire gauche	❑	❑	❑
Acromio-claviculaire droite	❑	❑	❑
Epaule droite	❑	❑	❑
Epaule gauche	❑	❑	❑
Coude droite	❑	❑	❑
Coude gauche	❑	❑	❑
Poignet droite	❑	❑	❑
Poignet gauche	❑	❑	❑
MCP 1 droite	❑	❑	❑
MCP 1 gauche	❑	❑	❑
MCP 2 droite	❑	❑	❑
MCP 2 gauche	❑	❑	❑
MCP 3 droite	❑	❑	❑
MCP 3 gauche	❑	❑	❑
MCP 4 droite	❑	❑	❑
MCP 4 gauche	❑	❑	❑
MCP 5 droite	❑	❑	❑
MCP 5 gauche	❑	❑	❑
IPP 1 droite	❑	❑	❑
IPP 1 gauche	❑	❑	❑
IPP 2 droite	❑	❑	❑
IPP 2 gauche	❑	❑	❑
IPP 3 droite	❑	❑	❑
IPP 3 gauche	❑	❑	❑
IPP 4 droite	❑	❑	❑
IPP 4 gauche	❑	❑	❑
IPP 5 droite	❑	❑	❑
IPP 5 gauche	❑	❑	❑
Hanche droite	❑	❑	❑
Hanche gauche	❑	❑	❑
Genou droite	❑	❑	❑
Genou gauche	❑	❑	❑
Cheville droite	❑	❑	❑
Cheville gauche	❑	❑	❑
Sous-astragalienne droite	❑	❑	❑
Sous-astragalienne gauche	❑	❑	❑
Médio-tarsienne droite	❑	❑	❑
Médio-tarsienne gauche	❑	❑	❑
MTP 1 droite	❑	❑	❑
MTP 1 gauche	❑	❑	❑
MTP 2 droite	❑	❑	❑
MTP 2 gauche	❑	❑	❑
MTP 3 droite	❑	❑	❑

MTP 3 gauche	❑	❑	❑
MTP 4 droite	❑	❑	❑
MTP 4 gauche	❑	❑	❑
MTP 5 droite	❑	❑	❑
MTP 5 gauche	❑	❑	❑

Score global (total des points/ calcul automatique)

d. Indice d'enthèses **Non réalisé ❑**

Merci d'appuyer fermement sur les sites ci-dessous et de noter dans la case correspondante si une douleur apparaît.

	Pas de douleur	Douleur minime	Douleur modérée	Grimace ou retrait
Première articulaire costo-chondrale gauche	❑	❑	❑	❑
Première articulaire costo-chondrale droite	❑	❑	❑	❑
Septième articulation costo-chondrale gauche	❑	❑	❑	❑
Septième articulation costo-chondrale droite	❑	❑	❑	❑
Epine iliaque postéro-supérieure gauche	❑	❑	❑	❑
Epine iliaque postéro-supérieure droite	❑	❑	❑	❑
Epine iliaque antéro-supérieure gauche	❑	❑	❑	❑
Epine iliaque antéro-supérieure droite	❑	❑	❑	❑
Crête iliaque gauche	❑	❑	❑	❑
Crête iliaque droite	❑	❑	❑	❑
Insertion du tendon d'Achille gauche	❑	❑	❑	❑
Insertion du tendon	❑	❑	❑	❑

d'Achille droite				
Epineuse de L5	❑	❑	❑	❑

e. Mobilisation rachidienne **Non réalisé ❑**

	Gauche	Droite	Réponse
Distance occiput - mur	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm
Indice de Schober modifié : (10 + XX cm)	-	-	/__/./__/ cm
Distance tragus - mur	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm
Flexion latérale du rachis	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm	/__/__/./__/ cm
Ampliation thoracique	-	-	/__/__/ cm
Rotation cervicale	/__/__/ degrés	/__/__/ degrés	/__/__/ degrés
Distance inter- malléolaire	-	-	/__/__/__/ cm
Distance doigt - sol	-	-	/__/__/./__/ cm

DONNEES GENERALES

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

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

❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Maladie inactive									Maladie active

Diagnostic selon le médecin au terme de cette visite

Avez-vous une hypothèse diagnostique face à ce patient au terme de cette visite ?
oui ❑ non ❑

Si OUI, laquelle :

- Spondylarthrite ankylosante ❑
- Rhumatisme psoriasique ❑
- Spondylarthrite associée à MICI ❑
- Arthrite réactionnelle ❑
- Spondylarthrite indifférenciée ❑
- Fibromyalgie ❑
- Rachialgie commune ❑
- Rachialgie d'une autre origine ❑
- Rachialgie d'une autre origine, préciser ……

Si OUI, quel est votre degré de conviction de cette hypothèse diagnostique :

❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je n'y crois pas du tout									J'en suis certain

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Examens biologiques

Date	/___/___/ /___/___/ 20 /___/___/
Vs 1ère heure	/___/___/ mm
CRP	/___/___/___/./___/ mg/L
ASDASCrp	(Calcul automatique)
Hémoglobine	/___/___/./___/ g/dl
Globules blancs	/___/___/___/ 10.9/l
Plaquette	/___/___/___/ 10.9/l
Glycémie	/___/___/./___/___/ mmol/l ou /___/___/./___/___/ g/dl
Créatinine	/___/___/___/./___/ µmol/l
Cholestérol total	/___/___/./___/___/ mmol/l
HDL cholestérol	/___/___/./___/___/ mmol/l
Triglycérides	/___/___/./___/___/ mmol/l

DENSITOMETRIE OSSEUSE

Densitométrie osseuse réalisée en dehors de celles effectuées dans le cadre du protocole DESIR OUI ❑ NON ❑

T score lombaire	T score fémur total	Date
+ /___/___/./___/___/	+ /___/___/./___/___/	/___/___/ /___/___/___/___/
+ /___/___/./___/___/	+ /___/___/./___/___/	/___/___/ /___/___/___/___/

Densitométrie osseuse réalisée dans le cadre de la cohorte DESIR OUI ❑ NON ❑

Date /___ /___/ /___/___/ /___/___/___/___/

Type d'appareil :
- Hologic ❑
- Lunar ❑
- Norland ❑
- DMS ❑

Modèle : …….

Résultats

Rachis lombaire

Examen effectué OUI ❑ NON ❑

Si OUI :

DMO L1 - L4 /___/___/./___/___/___/ g/cm2

T score /___/___/./___/

Z score /___/___/./___/

Courbe utilisée …….

Hanche

Examen effectué OUI ❑ NON ❑

Si OUI :

DMO Col fémoral /___/___/./___/___/___/ g/cm2

T score /___/___/./___/

Z score /___/___/./___/

DMO Fémur total /___/___/./___/g/cm2

T score /___/___/./___/

Z score /___/___/./___/

Courbe utilisée …….

Corps entier

Examen effectué OUI ❑ NON ❑

Si OUI :

DMO Corps entier /___/___/./___/___/___/ g/cm2

T score /___/___/./___/

Z score /___/___/./___/

Courbe utilisée …….

VFA : Fracture détectée par VFA ? OUI ❑ NON ❑

Si OUI, préciser le niveau :
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

Composition corporelle

	Masse grasse	Masse maigre	Pourcentage de graisse
Bras gauche	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%
Bras droit	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%
Jambre gauche	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%
Jambe droite	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%
Tronc	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%
Total	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/___/___/./___/g	/___/___/./___/%

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 :

- BMC Bras G (L Arm) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Bras D (R Arm) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Côtes G (L Ribs) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Côtes D (R Ribs) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Colonne T (T spine) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Colonne L (L spine) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Jambe G (L Leg) /___/___/___/./___/___ /
- BMC Jambe D (R Leg) /___/___/___/./___/___ /
- BMC TOTAL /___/___/___/___/./___/___ /

RADIOGRAPHIES

Date /___ /___/ /___/___/ /___/___/___/___/

Radiographie du bassin de face

a.1. Sacroiliite :

Stade radiographique Droite :

- ❑ 0: Absence de sacroiliite
- ❑ 1: Modifications suspectes
- ❑ 2: Anomalies minimes-petites zomes 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, élargissment/diminution de l'interligne articulaire ou ankylose partielle
- ❑ 4: Ankylose totale

Stade radiographique Gauche :

- ❑ 0: Absence de sacroiliite
- ❑ 1: Modifications suspectes
- ❑ 2: Anomalies minimes-petites zomes 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, élargissment/diminution de l'interligne articulaire ou ankylose partielle
- ❑ 4: Ankylose totale

Pensez-vous que ce patient présente des anomalies radiographiques des articulations sacroiliaques évoquant une spondylarthrite ? OUI ❑ NON ❑

a.2. Coxite :

Stade radiographique Droite :

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

Stade radiographique Gauche :

- ❑ 0: Normal
- ❑ 1: Douteux
- ❑ 2: Léger : Interligne pincé de façon circonférentielle, restant de plus de 2mm
- ❑ 3: Modéré : interligne pincé, infé;rieur ou égal à 2mm ou production osseuse de moins de 2cm

❑ 4: Sévère : déformation de la tête ou production osseuse de plus de 2cm

Radiographie du rachis : syndesmophytes

Date de la radio /___ /___/ /___/___/ /___/___/___/___/

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

	0 Pas d'anomalie	1 Erosion, sclérose ou squaring	2 Syndesmophyte	3 Pont osseux inter-vertébral
Partie antérieure du plateau inférieur de C2	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de C3	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de C3	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de C4	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de C4	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de C5	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de C5	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de C6	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de C6	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de C7	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de C7	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de T1	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de T1	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de L1	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de L1	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de L2	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur	❑	❑	❑	❑

de L2				
Partie antérieure du plateau supérieur de L3	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de L3	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de L4	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de L4	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de L5	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau inférieur de L5	❑	❑	❑	❑
Partie antérieure du plateau supérieur de S1	❑	❑	❑	❑

Score total (calcul automatique)

IRM

IRM OUI ❑ NON ❑

Si OUI :

Date de l'IRM /___ /___/ /___/___/ /___/___/___/___/

Qui interprète ? ❑ Radiologue ❑ Rhumatologue

Sacroiliite

	Droite	Gauche
Lésion inflammatoires	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles
Lésions chroniques	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles

Rachis

	Cervical	Dorsal	Lombaire
Lésion inflammatoires	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles
Lésions chroniques	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles	❑ Non ❑ Douteux ❑ Oui ❑ Clichés non disponibles

CONCLUSION

Au terme de cette consultation :

Vous avez vérifié que le dossier patient a été correctement complété OUI ❑ NON ❑

Le diagnostic supposé est toujours celui de spondyloarthrite OUI ❑ NON ❑

Si NON, quel est-il ? ……

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

Nom de l'investigateur …….

Date /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Veuillez cocher la case pour signer ❑

Changement d’accès à internet

Date /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Jusqu'à présent, le patient avait-il un accès à internet ? OUI ❑ NON ❑

A ce jour, le patient a-t-il un accès à internet ? OUI ❑ NON ❑

Fiche de fin d'étude

Date /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Le patient a-t-il effectué toutes les visites prévues de l'étude ? OUI ❑ NON ❑

Date de sortie de l'essai /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Raison principale :

- ❑ Retrait de consentement
- ❑ Décision médicale
- ❑ Perdu de vue
- ❑ Décès
- ❑ Autre

Si décès, motif : …….

Si décès, date du décès /___/___/ /___/___/ 20 /___/___/

Si autre, préciser : ……