

N° de centre: /\_/\_/\_/\_/

N° du patient: /\_/\_/\_/\_/

Identification patient: /\_/\_/\_/\_/

**SUIVI à 72 mois****Date de consultation :**

/ \_ / \_ / \_ / \_ / 20 / \_ / \_ /

**RAISONS DE NON SUIVI :****1. Patient décédé**oui  non 

Si OUI, motif : .....

Date

/ \_ / \_ / \_ / \_ / 20 / \_ / \_ /

**Date de déclaration en EIG :**

/ \_ / \_ / \_ / \_ / 20 / \_ / \_ /

**2. Ne peut pas venir à cette consultation**oui  non 

Si OUI, motif : .....

**3. Patient perdu de vue**oui  non 

Date des dernières nouvelles

/ \_ / \_ / \_ / \_ / 20 / \_ / \_ /

**Attention** : rappel aux investigateurs : tous décès, hospitalisations... doivent être déclarés au promoteur comme Evènements Indésirables Graves.

## Consignes pour compléter les tableaux de recueil des traitements

Merci de reprendre l'historique de tous les traitements de fond reçus **DEPUIS LE DEBUT** de l'étude.  
 Merci d'utiliser 1 colonne par traitement de fond.  
 Merci de changer de colonne si arrêt du traitement de plus de 1 mois.  
 Merci de changer de colonne si changement de posologie.

Traitement	Codes
<b>Nom (a)</b>	1 = methotrexate, 7 = biphosphonates (pour la SPA), 12 = golimumab, 2 = leflunomide, 8 = adalimumab, 13 = abatacept, 3 = salazopyrine, 9 = étanercept, 14 = rituximab, 4 = hydroxychloroquine, 10 = infliximab, 15 = tocilizumab, 5 = sels d'or, 11 = certolizumab, 16 = autre (si oui préciser) 6 = Imurel,
<b>Cadre (b)</b>	1 = pratique courante, 2 = essai thérapeutique
<b>Unité (c)</b> exprimée en	1 = ng, 3 = mg, 5 = µl, 2 = µg, 4 = gr, 6 = ml
<b>Posologie(d)</b> par unité d'administration	(ex. 25 ou 50 pour étanercept)
<b>Intervalle (e)</b> entre 2 administrations	1 = par jour, 3 = toutes les 2 semaines, 5 = par trimestre, 2 = par semaine, 4 = par mois, 6 = autre (si oui préciser)
<b>Voie (f)</b>	1 = oral, 3 = intra-veineux, 2 = sous-cutané, 4 = intra-musculaire
<b>Date début</b>	
<b>Date fin</b>	
<b>Cause d'arrêt (g)</b>	0 = pas d'arrêt, 4 = chirurgie, 6 = souhait patient, 1 = inefficacité, 5 = grossesse, 7 = Autre, si oui préciser 2 = effet secondaire, 3 = rémission

N° de centre: / / / / / N° du patient: / / / / / Identification patient: / / / / /

**1. RECAPITULATIF de certains éléments DEPUIS L'INCLUSION du patient**
**1.a. Traitements DEPUIS L'INCLUSION**
**1.a.1. Traitements de fond DEPUIS L'INCLUSION** ..... oui  non  Si oui, compléter

Traitement	N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6
<b>Nom (a)</b>	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....	/ / / / / Si /1/6/ préciser .....
<b>Cadre (b)</b>	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
<b>Unité (c)</b>	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
<b>Posologie (d)</b>	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /
<b>Intervalle (e)</b>	/ / / Si /6/ préciser .....	/ / / Si /6/ préciser .....	/ / / Si /6/ préciser .....	/ / / Si /6/ préciser .....	/ / / Si /6/ préciser .....	/ / / Si /6/ préciser .....
<b>Voie (f)</b>	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
<b>Date début</b>	/ / / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / / mois année
<b>Date fin</b>	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours
<b>Cause d'arrêt (g)</b>	/ / / Si /7/ préciser .....	/ / / Si /7/ préciser .....	/ / / Si /7/ préciser .....	/ / / Si /7/ préciser .....	/ / / Si /7/ préciser .....	/ / / Si /7/ préciser .....

N° de centre: /\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/ / Identification patient: /\_/ /

**1.a.2. Corticothérapie locale DEPUIS L'INCLUSION**

 oui  non  Si oui, compléter

**1.a.2.a. Corticothérapie intra-articulaire périphérique**

 oui  non 

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année
Localisation*	/_/	/_/	/_/

Injections	N°4	N°5	N°6
Date	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année
Localisation*	/_/	/_/	/_/

\* 1 = épaule, 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, 12 = autre.

**1.a.2.b. Corticothérapie pour enthésite**

 oui  non 

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année
Localisation*	/_/	/_/	/_/

Injections	N°4	N°5	N°6
Date	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année	/_/ /_/ / mois année
Localisation*	/_/	/_/	/_/

\*1 = épaule, 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.

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**1.a.2.c. Corticothérapie axiale (rachis/sacro-iliaque)**

oui

non

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année
Localisation*	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>

Injections	N°4	N°5	N°6
Date	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois année
Localisation*	<u>  </u>	<u>  </u>	<u>  </u>

\*1 = épidurale, 2 = intradurale, 3 = intradiscale, 4 = articulaire postérieure, 5 = sacroiliaque, 6 = costo-vertébrale, 7 = manubrio-sternale, 8 = costo-claviculaire, 9 = autre.

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  
**1.b. Certaines co-morbidités DEPUIS L'INCLUSION**
**1.b.1. Infections opportunistes non tuberculeuses**      oui       non 

Si oui, compléter

Infections	N°1	N°2	N°3
<b>Date</b>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année
<b>Nature (a)</b>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Si /_5_/./_0_/ préciser .....	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Si /_5_/./_0_/ préciser .....	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Si /_5_/./_0_/ préciser .....

Infections	N°4	N°5	N°6
<b>Date</b>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> mois      année
<b>Nature (a)</b>	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Si /_5_/./_0_/ préciser .....	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Si /_5_/./_0_/ préciser .....	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> 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 fongiques :** 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

N° de centre: /\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/ / Identification patient: /\_/ /

**1.b. Certaines co-morbidités DEPUIS L'INCLUSION**
**1.b.2. Autres Infections sévères DEPUIS L'INCLUSION** 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	N°1	N°2	N°3
<b>Date</b>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>
<b>Nature (a)</b>	/_ Si /_8_/ préciser .....	/_ Si /_8_/ préciser .....	/_ Si /_8_/ préciser .....
<b>Germe (b)</b>	/_ Si /_4_/ préciser .....	/_ Si /_4_/ préciser .....	/_ Si /_4_/ préciser .....

Infections	N°4	N°5	N°6
<b>Date</b>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>	/_/_/ /_/_ <i>mois année</i>
<b>Nature (a)</b>	/_ Si /_8_/ préciser .....	/_ Si /_8_/ préciser .....	/_ Si /_8_/ préciser .....
<b>Germe (b)</b>	/_ Si /_4_/ préciser .....	/_ Si /_4_/ préciser .....	/_ Si /_4_/ préciser .....

**(a) Nature** : 1 = septicémie sans localisation précise, 2 = arthrite septique, 3 = bronchopneumopathie, 4 = peau (cellulite), 5 = pyélonéphrite (voies urinaires), 6 = ORL, 7 = digestif, 8 = autres (si oui préciser).

**(b) Germe** : 0 = aucun retrouvé, 1 = staphylocoque, 2 = streptocoque, 3 = gram négatif, 4 = autre (si oui préciser).

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**1.b.3. Ostéoporose depuis TOUJOURS**

**1.b.3.a. Facteurs de risque**

- o Le patient a-t-il diminué de taille > 4 cm depuis l'âge de 20 ans ?      oui     non
- o Traitement corticoïdes (doses supérieures à 5 mg/jour de Prednisone ou équivalent) pendant ou depuis plus de 3 mois      oui     non
- o Chute ≥ 1/an      oui     non
- o Crainte de tomber      oui     non
- o Antécédent parental de fracture de hanche      oui     non
- o 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

**1.b.3.b. 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, préciser .....      oui     non



N° de centre:     /    /     / N° du patient:     /    /     / Identification patient:     /     /     /    
**1.b.3.c. Traitement médicamenteux**

 oui           non 

Si oui, préciser

- |                         |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Calcium               | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Vit D                 | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Bisphosphonates       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Ranelate de strontium | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Raloxifène            | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Teriparatide          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| • Denosumab             | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

**1.b.3.d. Densitométrie osseuse en dehors de celles effectuées dans le cadre du protocole DESIR**

 oui           non 

Si oui, compléter

T score lombaire	T score fémur total	Date
<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> mois      année
<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> mois      année
<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> mois      année
<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> , <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> ±	<u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> mois      année

N° de centre: /\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/ / Identification patient: /\_/ / /\_/ /

**1.b.4. Facteurs de risque cardiovasculaire depuis TOUJOURS**

**1.b.4.a. 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).

**1.b.4.b. Tabagisme :**

- Etat : /\_/ / \*

\* 0 = jamais, 1 = oui mais arrêt depuis plus de 3 ans, 2 = oui mais arrêt depuis moins de 3 ans, 3 = oui toujours en cours

**1.b.4.c. 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).

**1.c. Patient de sexe féminin** oui  non

Si oui, compléter

**1.c.1. Contraception au moins une fois**

(y compris avant l'inclusion) oui  non

Si oui, compléter :

**1.c.1.a. Contraception orale** au moins une fois oui  non

Si oui, préciser :

- Nombre d'années de prise /\_/ /
- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) /\_/ /

**1.c.1.b. D.I. U** au moins une fois (**Stérilet**) oui  non

Si oui, préciser :

- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) /\_/ /

**1.c.1.c Implant sous-cutané** oui  non

Si oui, préciser :

- Nombre d'années de pose /\_/ /
- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) /\_/ /

N° de centre: /\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/ / Identification patient: /\_/ /

**1.c.2. Grossesse(s) :** La patiente a-t-elle eu une ou plusieurs grossesses, y compris avant l'inclusion dans l'étude ?

oui  non

Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Grossesse n°	1	2	3	4	5
Année de l'accouchement	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /
Devenir (a)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_
Voie (b)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_
Enfant (c)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_

Grossesse n°	6	7	8	9	10
Année	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /	/_/_/_/ /
Devenir (a)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_
Voie (b)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_
Enfant (c)	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_	/_/_

(a) 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.

(b) Voie : **0** = pas d'accouchement (si réponse 1, 4, 5 ou 6 en (a)), **1** = basse, **2** = césarienne

(c) Enfant : **0** = aucun, **1** = fille, **2** = garçon

**1.c.3. Ménopause**

oui  non

Si oui, traitement hormonal substitutif

oui  non

Si oui, préciser :

- Nombre d'années de prise /\_/\_/ /
- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) /\_/\_

(Verso de la page 11)

**Consignes pour compléter les tableaux de recueil des traitements**

Merci de reprendre l'historique de tous les traitements de fond reçus **DEPUIS LE DEBUT** de l'étude.  
 Merci d'utiliser 1 colonne par traitement de fond.  
 Merci de changer de colonne si arrêt du traitement de plus de 1 mois.  
 Merci de changer de colonne si changement de posologie.

AINS	Codes				
<b>Nom (a)</b>	1 = <b>Kétoprofène</b> (Biprofenid®, Profénid®, Kétum, Toprec®), 2 = <b>Diclofénac</b> (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®), 3 = <b>Indométacine</b> (Chrono-Indocid®, Indocid®), 4 = <b>Naproxène</b> (Alève®, Apranax®, Naprosyne®),	5 = <b>Ibuprofène</b> (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®), 6 = <b>Célécoxib</b> (Célébrex®), 7 = <b>Meloxicam</b> (Mobic®), 8 = <b>Piroxicam</b> (Brexin®, Cycladol®, Feldène®), 9 = <b>Flurbiprofène</b> (Antadys®, Cébutid®), 10 = <b>Nabumétone</b> (Nabucox®),	11 = <b>Acide tiaprofénique</b> (Flanid®, Surgam®), 12 = <b>Tenoxicam</b> (Tilcotil®), 13 = <b>Aclofénac</b> (Cartex®), 14 = <b>Acide méfénamique</b> , (Ponstyl®), 15 = <b>Fénoprofène</b> (Nalgescic®), 16 = <b>Sulindac</b> (Arthroline®),	17 = <b>Etodolac</b> (Lodine®), 18 = <b>Nimésulide</b> (Nexen®), 19 = <b>Acide niflumique</b> (Nifluri®), 20 = <b>Etoricoxib</b> (Arcoxia®), 21 = <b>Parécoxib</b> (Dynastat®), 22 = <b>Alminoprofène</b> (Minalfène®), 23 = Autre.	
<b>Posologie moyenne (b)</b>	Reporter ici la posologie moyenne en mg par jour lorsque le patient prend le traitement (par exemple, si le patient prend entre 1 à 2 comprimés d'Apranax 550 mg 5 jours environ par semaine, noter ici 550 x 1,5 = 825)				
<b>Fréquence d'administration (c)</b>	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				
<b>Date début</b>					
<b>Date fin</b>					
<b>Cause d'arrêt (d)</b>	0 = pas d'arrêt, 1 = inefficacité 2 = effet secondaire digestif, 3 = autre effet secondaire 4 = rémission 5 = autre (si oui préciser)				

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**2 TRAITEMENTS CONCOMITANTS DEPUIS LA DERNIERE VISITE(1)**

Reporter ici tous les traitements présents pour le rhumatisme depuis la dernière visite.

**2.a. Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien** .....oui  non  , **Si oui, compléter**

AINS	N°1	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6
<b>Nom (a)</b>	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....	/ / / / Si / 2/ 3/ préciser .....
<b>Posologie moyenne (b)</b>	/ // // // //	/ // // // //	/ // // // //	/ // // // //	/ // // // //	/ // // // //
<b>Fréquence d'administration (c)</b>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>Date début</b>	/ / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / mois année	/ / / / / / / / mois année
<b>Date fin</b>	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours
<b>Cause d'arrêt (d)</b>	/ / / / Si / 5/ préciser .....	/ / / / Si / 5/ préciser .....	/ / / / Si / 5/ préciser .....	/ / / / Si / 5/ préciser .....	/ / / / Si / 5/ préciser .....	/ / / / Si / 5/ préciser .....

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

## 2. TRAITEMENTS CONCOMITANTS DEPUIS LA DERNIERE VISITE(2)

### 2.b. Traitement corticoïde pour le rhumatisme DEPUIS LA DERNIERE VISITE

<b>2.b.1. Corticothérapie orale</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si oui, compléter ci-dessous</i>
<b>Posologie (équivalent Prednisone en mg/jour)</b>		<b>Date de début jj / mm / aa</b>		<b>Date de fin (jj / mm / aa)</b> <input type="checkbox"/> En cours
<b>Maximale</b>	<b>Moyenne</b>			
/ / / /	/ / / /	/ / / / / / / /		/ / / / / / / /

<b>2.b.2. Corticothérapie intramusculaire</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si oui, compléter ci-dessous</i>
<b>Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)</b>		<b>Nombre d'injections</b>		
/ / / /		/ / / /		

<b>2.b.3. Corticothérapie intraveineuse</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<i>Si oui, compléter ci-dessous</i>
<b>Posologie moyenne par injection (équivalent Prednisone en mg)</b>		<b>Nombre d'injections</b>		
/ / / /		/ / / /		

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / /

**2.c. Antalgiques (pour le rhumatisme) oui  non**   
**Si oui, compléter**

Antalgiques	N°1	N°2	N°3
<b>Classe (a)</b>	/ / /	/ / /	/ / /
<b>Voie (b)</b>	/ / / Si / 7 / préciser .....	/ / / Si / 7 / préciser .....	/ / / Si / 7 / préciser .....
<b>Posologie (c)</b>	/ / /	/ / /	/ / /
<b>Date début</b>	/ / / / / / / mois année	/ / / / / / / mois année	/ / / / / / / mois année
<b>Date fin</b>	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours
<b>Cause d'arrêt (d)</b>	/ / / / Si / 5 / préciser .....	/ / / / Si / 5 / préciser	/ / / / Si / 5 / préciser

**(a)** 1 = classe I (paracétamol,...), 2 = classe II (paracétamol + codéine, tramadol, ...).  
 3 = classe III (dérivés morphiniques)

**(b)** voie d'administration : 1 = oral, 2 = sous-cutanée, 3 = intra-veineux, 4 = intra-musculaire,  
 5 = suppositoire, 6 = gel (application locale), 7 = autre (si oui, préciser).

**(c)** Posologie : mettre le nombre moyen de comprimés par jour et si ce n'est pas des comprimés mettre 9.

**(d)** Cause d'arrêt 0 = pas d'arrêt, 1 = inefficacité, 2 = rémission, 3 = effet secondaire, 4 = souhait du patient, 5 = autre (si oui, préciser).

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

## 2.d. Autres médicaments pris par le patient pour une affection différente du rhumatisme

### 2.d.1. Traitements spécifiques

 Oui  non  Si oui, compléter

Classe	Préciser (a)	Date début	Etat actuel (b)
Hypolipémiant	/ /	/ / / / / / mois année	/ /
Antidiabétiques oraux	/ /	/ / / / / / mois année	/ /
Insuline	/ /	/ / / / / / mois année	/ /
Antihypertenseur	/ /	/ / / / / / mois année	/ /
Anti-agrégant plaquettaire	/ /	/ / / / / / mois année	/ /
Protecteur gastrique	/ /	/ / / / / / mois année	/ /

(a) Préciser : écrire 0 si non et 1 si oui

(b) Etat actuel : 1 = en cours, 2 = arrêté depuis la dernière visite



N° de centre: / / / / / N° du patient: / / / / / Identification patient: / / / / /

**2.d.2. Autres médicaments pris par le patient pour une affection différente du rhumatisme**oui  non  Si oui, compléter

Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie	Indication

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

### 3. CO-MORBIDITES DEPUIS LA DERNIERE VISITE

#### 3.a. Evénements gastro-intestinaux graves

depuis la visite précédente OUI  NON

Si oui, précisez OUI NON

- \* Ulcères
- \* Perforations
- \* Hémorragies
- \* Diverticulites

#### 3.b. Affections cardio-vasculaires

OUI  NON

##### 3.b.1. Ischémie myocardique

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   /  /     /  /  

##### 3.b.2. Insuffisance cardiaque

OUI  NON

Date du diagnostic   /  /     /  /  

##### 3.b.3. Accident vasculaire (AVC, AIT)

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   /  /     /  /  

##### 3.b.4. HTA

OUI  NON

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

Si NON, date du diagnostic   /  /     /  /  

##### 3.b.5. Péricardite

OUI  NON

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

Si non date du diagnostic   /  /     /  /

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**3.b.6. Insuffisance aortique** OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic   /  /  /  /  /  

**3.b.7. Autre valvulopathie** OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic   /  /  /  /  /  

**3.b.8. Trouble de la conduction** OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic   /  /  /  /  /  

**3.c. Pathologie pulmonaire chronique** OUI  NON

3. c.1 Si oui, laquelle : 1 asthme OUI  NON

2 : fibrose pulmonaire OUI  NON

3 : dilatation bronches OUI  NON

4 : autre OUI  NON

3. c.2 Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON

Si NON date du diagnostic   /  /  /  /  /  

**3.d. Maladies néoplasiques**

**3.d.1. Maladie lymphoproliférative** OUI  NON

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

Si NON, date du diagnostic   /  /  /  /  /  

rémission complète OUI  NON

**3.d.2. Néoplasie** OUI  NON

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

Si NON, date du diagnostic   /  /  /  /  /  

rémission complète OUI  NON

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**3.e. Tuberculose**OUI  NON *Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite*OUI  NON 

Si NON, précisez :

OUI

NON

- primo-infection
- tuberculose pulmonaire
- osseuse
- ganglionnaire
- autre

si autre, précisez

.....

date du diagnostic

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**3.f. Maladies endocriniennes****3.f.1. Diabète**OUI  NON *Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite*OUI  NON 

Si NON, date du diagnostic

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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

OUI

NON

1 : régime

2 : antidiabétique oraux

3 : insuline

**3.f.2. Dysthyroïdie**OUI  NON *Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite* OUI  NON **Si NON**, date du diagnostic

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Type .....

**3.f.3. Hypercholestérolémie**OUI  NON *Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite* OUI  NON *Si NON* date du diagnostic

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date du premier traitement

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**3.f.4. Hypertriglycémie**

OUI  NON

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

Si NON date du diagnostic   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

Date du premier traitement   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

**3.g. Affections virales**

	NON	OUI <i>déjà noté lors de la visite précédente</i>	OUI <i>Apparue depuis la visite précédente</i>	Ne sait pas
▪ HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ HBV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ HCV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3.h. Syndrome de Gougerot-Sjogren**

OUI  NON

**3. i. Alcool**

  /  /   grammes/jour

Dose moyenne en gramme/jour depuis la précédente visite

(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°...).

N° de centre: /\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/ / Identification patient: /\_/ /

### 3.j. Co-morbidités familiales

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

	OUI	NON	Ne sait pas
a. <b>Maladie coronaire précoce</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <b>Spondylarthropathie</b>			
♦ Spondylarthrite ankylosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Rhumatisme psoriasique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Spondylarthropathie associée à MICI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Arthrite réactionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Spondylarthropathie indifférenciée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ SAPHO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <b>Psoriasis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <b>Uvéite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. <b>MICI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <b>PR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. <b>Connectivite</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. <b>Rhumatisme inflammatoire chronique non étiqueté</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. <b>Maladie périodique</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. <b>Maladie de Behcet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.k. Autre pathologies chroniques en cours OUI NON Si oui, compléter :

NOM	Date du diagnostic
	/_/ / /_/ / mois      année
	/_/ / /_/ / mois      année
	/_/ / /_/ / mois      année
	/_/ / /_/ / mois      année

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

**3.I. Vaccination**OUI  NON 

anti-hépatite B

OUI  NON 

BCG

OUI  NON 

Pneumocoque

OUI  NON 

Si oui,

Pneumo 23 Prevenar 13 Ne sait pas 

Grippe

OUI  NON 

Fièvre jaune

OUI  NON 

Tétanos

OUI  NON 

Rougeole

OUI  NON 

Varicelle

OUI  NON 

Polyomyélite

OUI  NON 

Autre (précisez.....)

OUI  NON

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**4. MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES**

Depuis la visite précédente du patient dans l'étude.

**4.a. Uvéite**

(e.g. 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) : OUI  NON

Si OUI, préciser - nombre d'épisodes   /  /    
- durée moyenne d'un épisode (jour)   /  /  //  /  

- traitement reçu pour cet (ces) épisodes : OUI  NON

Si Oui, préciser :

- aucun
- collyre de corticoïdes
- injection locale de corticoïdes
- corticothérapie par voie systémique

**4.b. MICI**

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

**4.b.1. Le diagnostic de MICI (une seule case)**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
n'a jamais été porté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
était déjà connu lors de la dernière visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a été porté depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si OUI, lequel ? :		
Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

**4.b.2. Traitement spécifique en cours** OUI  NON

Si OUI, merci de le noter à la page 16 de ce cahier dans « Autres médicaments ».



N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /     /  

**4.c. Psoriasis**

**4.c.1 Le diagnostic de psoriasis (une seule case)**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
n'a jamais été porté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
était déjà connu lors de la dernière visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a été porté depuis la dernière visite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :		
par un dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
par autre médecin non dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4.c.2. Etat actuel**

- % 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 le noter à la page 17 de ce cahier dans « Autres médicaments »

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

## Visite M72 – Cahier Patient

### Propos général à lire avant de répondre au questionnaire

Lorsque l'on demande « est-ce que votre rachialgie est la cause de ... », le terme « rachialgie » réfère aux douleurs du dos qui ont justifié votre inclusion dans cette étude. Par ailleurs, vous pouvez interpréter rachialgie 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.**

## 5. DONNES DEMOGRAPHIQUES ET MEDICO-ECONOMIQUES

### 5.a. Caractéristiques sociales :

♦ Statut marital

Marié(e) / Concubinage / PACS

Célibataire / Divorcé(e) / Veuf (ve)

♦ Statut parental : indiquer le nombre d'enfants / / /

### 5.b. Profession exercée durant la dernière année :

Agriculteur exploitant

Artisan, commerçant ou chef d'entreprise

Cadre et profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Retraité

Autre personne sans activité professionnelle

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

### 5.c. Situation professionnelle actuelle :

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

- **Vous avez un emploi** OUI  NON , si OUI, préciser :

- Quelle profession exercez-vous ? .....
- Temps plein
- Temps partiel  % temps complet :   /  /   ou nombre d'heures/semaine   /  /
- Exercez-vous cette profession comme :
  - Salarié, Si *OUI*, êtes-vous fonctionnaire ? ....  OUI  NON
  - A votre compte, libéral, travailleur indépendant,
  - Intermittent du spectacle,
  - Autre situation.
- Etes-vous actuellement en arrêt longue durée ou longue maladie ?  OUI  NON
  - o Date de début de l'arrêt   /  /  /  /  /  /  /
  - o La spondyloarthrite est-elle en cause ?  OUI  NON
- Si non, avez-vous été en arrêt de travail durant l'année?  OUI  NON
- Combien de jours avez-vous été en arrêt du fait de la spondyloarthrite?   /  /  /

- **Vous êtes en invalidité** OUI  NON , si OUI, préciser

- Depuis quelle date.....   /  /  /  /  /  /  /
- La spondyloarthrite est-elle en cause ?.....  OUI  NON
- Quelle est la catégorie d'invalidité ? .....  1  2  3

- **Vous êtes au chômage** OUI  NON

Si OUI, préciser Date de début,   /  /  /  /  /  /  /  

- **Vous êtes retraité(e)** OUI  NON

Si OUI, préciser Date de début,   /  /  /  /  /  /  /  

- **Vous êtes étudiant (e)** OUI  NON

- **Homme ou femme au foyer** OUI  NON

- **Autre situation**, OUI  NON , si OUI, laquelle :.....

N° de centre: /\_/\_/\_/ / N° du patient: /\_/\_/\_/ / Identification patient: /\_/ / /\_/ /

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

- Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ?

.....

- Temps plein

- Temps partiel  : % temps complet : /\_/\_/ / ou nombre d'heures/semaine /\_/\_/ /

- Exercez-vous cette profession comme :

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

A votre compte, libéral, travailleur indépendant

Intermittent du spectacle

Autre situation

#### **5.d. Données relatives à l'emploi**

**Aviez-vous un travail avant le début de votre spondyloarthrite ?**

**OUI  NON**

**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

Oui, j'ai dû changer de profession

Oui, j'ai été licencié(e).

Oui, j'ai été mis(e) en retraite anticipée. Date de début : /\_/ /\_/ /\_/ /

Autre (précisez) : .....

Non, aucune conséquence.

Ne me concerne pas, je n'ai jamais travaillé.

N° de centre: / / / /      N° du patient: / / / /      Identification patient: / /      / /

**5.e. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté des médecins ou d'autres professionnels de santé ?**
 Oui       Non

**Si OUI**, veuillez indiquer pour chacun d'entre eux dans le tableau ci-dessous le nombre de visites. Mentionner **toutes les visites, qu'elles soient ou non liées à votre mal de dos** sauf celles ayant eu lieu durant une hospitalisation.

**Remarque : les examens réalisés dans le cadre de la cohorte ne doivent pas être intégrés**

Type de praticien	Nombre de visites (ou de séances le cas échéant) au cours des 6 derniers mois
Généraliste	/ / / /
Rhumatologue	/ / / /
Gastro-entérologue	/ / / /
Ophtalmologiste	/ / / /
Autre spécialiste : .....	/ / / /
Autre spécialiste : .....	/ / / /
Autre spécialiste : .....	/ / / /
Infirmière : ..... Raison des soins : .....	/ / / /
Kinésithérapeute : ..... Raison des soins : .....	/ / / /
Ostéopathe	/ / / /
Autre : .....	/ / / /
Autre : .....	/ / / /

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**5.f. Au cours des 6 derniers mois,**

Combien de prises de sang avez-vous eues : / / /

Combien d'analyses d'urines avez-vous eues : / / /

**Remarque : les examens réalisés dans le cadre de la cohorte ne doivent pas être intégrés**

**5.g. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu d'autres examens médicaux tels que ceux mentionnés ci-dessous ?**

Oui  Non

• **Si OUI**, veuillez préciser lesquels dans le tableau ci-dessous :

Examens	OUI	NON	A préciser
Radiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IRM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibroscopie gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epreuves fonctionnelles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Densitométrie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Scintigraphie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres			
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N° de centre:   /  /  /        N° du patient:   /  /  /        Identification patient:   /  /  

### 5.h. Consultations aux Urgences et Hospitalisations

**Au cours des 6 derniers mois**, avez-vous consulté aux urgences d'un hôpital ?

Oui     Non

**Si OUI**, veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les circonstances de cette(ces) venue(s) aux urgences (que celle(s)-ci soi(en)t liée(s) ou non à votre mal de dos :

	Motif	Date	Lieu (nom hôpital, ville)	Hospitalisation au décours
1				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Au cours des 6 derniers mois**, avez-vous été hospitalisé(e) ?

Oui     Non

**Si OUI**, veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les **hospitalisations sans rapport avec une intervention chirurgicale**:

	Motif	Date entrée	Lieu (nom hôpital, ville)	Nombre de jours
1				
2				
3				

**Si OUI**, veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les **hospitalisations liées à une intervention chirurgicale** :

	Motif	Date entrée	Lieu (nom hôpital, ville)	Nombre de jours
1				
2				
3				

**Si OUI**, avez-vous du séjourner dans un **centre de rééducation au décours** de cette(ces) intervention(s) ?

Oui     Non

**Si OUI**, pendant combien de jours ? .....Jours

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

## 6. ACTIVITE SYMPTOMATIQUE

### 6.a. BASG (Bath Ankylosing Spondylitis – Global Score)

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

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
 Aucun Très important

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

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
 Aucun Très important

Si votre état de santé, lié à votre rachialgie, devait rester tel qu'il est aujourd'hui pour le reste de votre vie, serait-ce acceptable ou inacceptable pour vous ? (cocher 1 seule case).

- Acceptable  
 Inacceptable

### 6.b. Réveils nocturnes

◆ Etes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre rachialgie ? OUI  NON



N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

**6.d. BASDAI**

**Pour chacune des questions, entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse en vous référant aux dernières 48 heures.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 0 heure 1 heure 2 heures ou plus

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

**6.e. BASFI**

**Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau de capacité à effectuer les activités décrites en vous référant aux dernières 48 heures**

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)  

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

Facile Impossible
2. Vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un accessoire  

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

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

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

Facile Impossible
4. Vous lever d'une chaise sans accoudoir sans utiliser vos mains ou toute autre aide  

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

Facile Impossible
5. Vous relever de la position " couché(e) sur le dos ", sans aide  

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

Facile Impossible
6. Rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne physique  

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

Facile Impossible
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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Facile Impossible
8. Regarder par-dessus votre épaule sans vous retourner  

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

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

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

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

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

Facile Impossible

N° de centre:   /  /  /        N° du patient:   /  /  /        Identification patient:   /  /  
**6.f. HAQ-AS**
*Veillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.*

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
<b>S'HABILLER ET SE PREPARER</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?</li> <li>▪ vous laver les cheveux ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SE LEVER</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vous lever d'une chaise ?</li> <li>▪ vous mettre au lit et vous lever du lit ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MANGER</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ couper votre viande ?</li> <li>▪ porter à votre bouche une tasse ou un verre plein ?</li> <li>▪ ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MARCHER</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ marcher en terrain plat à l'extérieur ?</li> <li>▪ monter 5 marches ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HYGIENE</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vous laver et vous sécher entièrement ?</li> <li>▪ prendre un bain</li> <li>▪ vous asseoir et vous relever des toilettes ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ATTRAPER</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?</li> <li>▪ vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PREHENSION</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ouvrir une porte de voiture ?</li> <li>▪ dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?</li> <li>▪ ouvrir et fermer un robinet ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONDUITE AUTOMOBILE</b> Si vous n'avez pas de voiture ou de permis de conduire, cochez cette case <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ êtes-vous capable de regarder dans le rétroviseur ?</li> <li>▪ êtes-vous capable de tourner votre tête pour conduire en marche arrière ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

<b>AUTRES ACTIVITES</b>				
Etes-vous capable de :				
▪ faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ monter et descendre de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de porter des objets lourds comme 1 sac de courses plein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de rester assis longtemps, par exemple au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ de travailler à une table ou un bureau horizontal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Cochez toute aide technique utilisée pour n'importe laquelle de ces activités :**

- Canne .....  Accessoire pour s'habiller (crochet à bouton ou à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche...) .....
- Déambulateur.....
- Béquilles .....  Ustensiles spécialement adaptés .....
- Chaise roulante .....  Chaise spécialement adaptée .....
- Autre(s)  (préciser) ..... Autre(s)  (préciser) .....
- .....
- Aucune aide

**Cocher toutes catégories pour lesquelles vous avez besoin de l'aide d'une tierce personne :**

- S'habiller et se préparer .....  Manger .....
- Se lever .....  Marcher.....
- Aucune

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

- Siège de W-C surélevé.....  Poignée ou barre de baignoire .....
- Siège de baignoire .....  Instrument à long manche pour attraper les objets....
- Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)..  Instrument à long manche dans la salle de bain.....
- Aucun appareil ou accessoire  Autre(s)  (préciser) .....
- .....

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

- Hygiène .....  Saisir et ouvrir des objets .....
- Atteindre et attraper.....  Courses et tâches ménagères .....
- Aucune aide

N° de centre: / / /      N° du patient: / / /      Identification patient: / **6.g.1. ASAS indice de santé (Facteurs environnementaux)**

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 maladie rhumatologique. (Le terme "maladie rhumatologique" inclut la spondyloarthrite ankylosante et la spondyloarthrite axiale non-radiologique).

1. Du fait de ma maladie rhumatologique, mes proches prennent plus en charge les tâches ménagères
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
2. Je n'aime pas la façon dont mes amis se comportent autour de moi
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
3. Je ne peux pas compter sur mes proches pour m'aider à résoudre mes problèmes
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
4. J'ai adapté mon environnement habituel
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
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
  - Je ne suis pas d'accord
  
6. Le traitement de ma maladie rhumatologique me prend du temps
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
7. Mes amis attendent trop de moi
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
8. Personne ne fait attention à moi à la maison
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord
  
9. Mes amis me comprennent
  - Je suis d'accord
  - Je ne suis pas d'accord

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  **6.g.2. ASAS indice de santé (H.I.)**

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 maladie rhumatologique. (Le terme "maladie rhumatologique" inclut la spondyloarthrite ankylosante et la spondyloarthrite axiale non-radiologique).

1. La douleur perturbe parfois mes activités habituelles  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
2. Je trouve difficile de rester debout longtemps  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
3. J'ai des difficultés à courir  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
4. J'ai des problèmes pour utiliser les toilettes  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
5. Je suis souvent épuisé(e)  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
6. Je suis moins motivé(e) pour faire tout ce qui nécessite un effort physique  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
7. Je n'ai plus d'intérêt pour la sexualité  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
8. J'ai des difficultés à appuyer sur les pédales de ma voiture.  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord  
 Non applicable

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

9. Je trouve difficile d'entrer en contact avec les gens  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
10. Je ne suis pas capable de marcher dehors sur un terrain plat  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
11. J'ai du mal à me concentrer  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
12. Je suis limité(e) dans mes voyages à cause de ma mobilité  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
13. Je me sens souvent frustré(e)  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
14. J'ai du mal à me laver les cheveux  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
15. J'ai vécu des changements financiers à cause de ma maladie rhumatologique  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
16. Je dors mal la nuit  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord
17. Je ne réussis pas à surmonter mes difficultés  
 Je suis d'accord  
 Je ne suis pas d'accord

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**6.h. Echelle de qualité de vie SF 36**

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

***Veillez répondre à toutes les questions en cochant 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.***

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

Cochez la case qui correspond à votre choix
---

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix
---

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



N° de centre: / / /      N° du patient: / / /      Identification patient: / /

**3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.**

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /  /  

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

**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 :**

cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / /

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

cochez la case qui correspond à votre choix

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / /

**6.i. AS QOL**

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.

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / /

**6.j. DOULEUR**

Question : 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 ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nul										Très important

Question : 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 ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nul										Très important

Question : 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 ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nul										Très important

N° de centre: / / / N° du patient: / / / Identification patient: / /

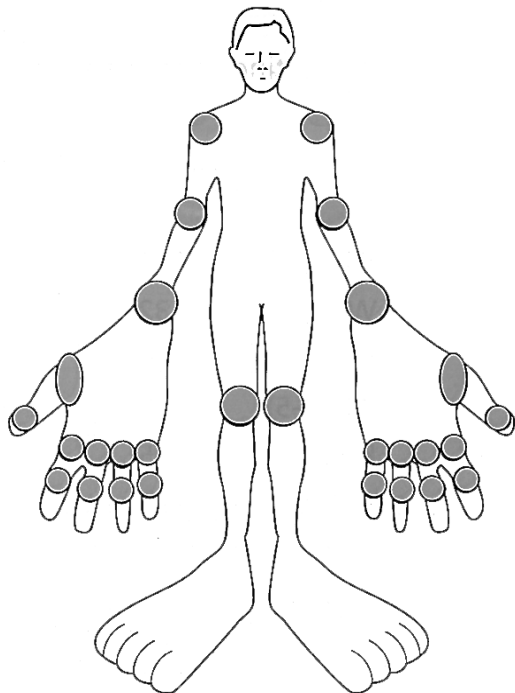
**7. EXAMEN CLINIQUE (1)**

**7.a. Données générales**

- ◆ Poids : / / / kg
- ◆ Taille : / / / cm
- ◆ Tension artérielle : / /  / / /  mmHg
- ◆ Périmètre abdominal : / / / cm

**7. b. Indice de synovite**

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



<input type="checkbox"/>	Epaule	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	MCP	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>	IPP	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>

**Les 28 articulations à examiner**

**Score global = / /**

N° de centre: / / /

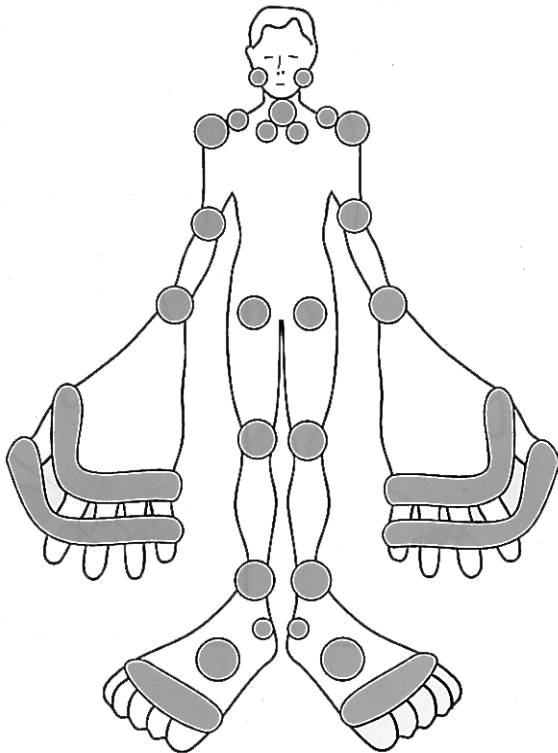
N° du patient: / / /

Identification patient: / /

**7.c. Indice articulaire**

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

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



**Les 53 articulations à examiner**

	<input type="text"/>	Rachis cervical	
	<input type="text"/>	Temporo-maxillaire	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Sterno-claviculaire	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Acromio-claviculaire	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Epaule	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Coude	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Poignet	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	MCP	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	IPP	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Hanche	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Genou	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Cheville	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Sous-astragalienne	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Médio-tarsienne	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	MTP	<input type="text"/>

**Score global (total des points) = / /**



### **1. Distance occiput – mur**

Le patient doit se tenir les talons, et si possible le dos, contre le mur. On lui demande de faire un effort afin que sa tête touche le mur sans que le menton soit au-dessus de sa position normale. Le meilleur de deux essais est à retenir.

### **2. Indice de Schöber modifié**

Le patient doit se tenir debout. Ce test consiste d'abord à marquer un point en regard de l'apophyse épineuse de L5 (première épineuse se situant au-dessous d'une ligne rejoignant les deux crêtes iliaques). Le deuxième point est mesuré à 10 cm directement au-dessus du premier alors que le patient est en position neutre (sans effort d'hyper extension ni de flexion). On demande alors aux patients de se pencher en avant aussi loin que possible sans plier les genoux. La distance entre les deux points est alors mesurée.

### **3. Distance tragus - mur**

Le patient doit se tenir les talons, et si possible le dos, contre le mur. On lui demande de faire un effort afin que sa tête touche le mur. La distance tragus-mur est mesurée à droite et à gauche. La moyenne des mesures droite et gauche est retenue.

### **4. Flexion latérale du rachis**

Le patient doit être aussi proche du mur que possible avec les épaules au même niveau, bras le long du corps. L'investigateur mesure la distance entre l'extrémité du majeur et le sol (distance A) Puis, l'investigateur demande au patient de se pencher d'un côté (par exemple gauche) tout en maintenant les épaules collées le plus possible contre le mur. Par ailleurs, il est vérifié que les chevilles et les genoux restent dans la même position. A ce moment (fin de la flexion latérale), l'investigateur mesure la distance entre l'extrémité du majeur et le sol (distance B). La flexion latérale du rachis est la DIFFERENCE ENTRE LES MESURES A ET B. Il faut répéter cette mesure pour chaque côté et REPORTER DANS LE CAHIER la meilleure des 2 mesures.

### **5. Ampliation thoracique**

Elle sera mesurée comme la différence en centimètres entre l'expiration et l'inspiration profonde mesurée sur la ligne mamelonnaire. Le meilleur des deux essais sera retenu.

### **6. Rotation cervicale**

La rotation cervicale est mesurée grâce à un goniomètre. Le patient est en décubitus dorsal, en position neutre, et le goniomètre est placé sur son front. Il est ensuite demandé au patient de tourner la tête aussi loin que possible à droite, puis à gauche. Le meilleur des deux essais est retenu pour chaque mesure (droite et gauche). La moyenne des mesures droites et gauches donne le résultat final pour la rotation cervicale en degrés.

### **7. Distance inter-malléolaire**

La distance inter-malléolaire est mesurée sur un patient en décubitus dorsal, les genoux en extension et les pieds en position neutre. Il est demandé au patient d'écarter les genoux au maximum et la distance entre les deux malléoles est mesurée. Le meilleur de deux essais est recueilli.

### **8. Distance doigt - sol**

Le sujet doit se tenir debout, pieds nus, les pieds rapprochés. Ensuite, il se penche vers l'avant le plus possible en essayant d'atteindre le sol avec les doigts sans plier les genoux. La distance entre l'extrémité du majeur droit et le sol est alors mesurée avec un centimètre gradué à 0,1 cm.

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

## 7. EXAMEN CLINIQUE (2)

### 7.d. Indice d'enthèses

**Merci d'appuyer fermement sur les sites ci-dessous et de noter dans la case correspondante :**

0 = si pas de douleur ; 1 = si douleur minime ; 2 = si douleur modérée ; 3 = si grimace ou retrait.

	<b>droite</b>	<b>gauche</b>
Première articulaire costo-chondrale	/ /	/ /
Septième articulation costo-chondrale	/ /	/ /
Epine iliaque postéro-supérieure	/ /	/ /
Epine iliaque antéro-supérieure	/ /	/ /
Crête iliaque	/ /	/ /
Insertion du tendon d'Achille	/ /	/ /
Epineuse de L5		/ /

### 7.e. Mobilisation rachidienne

	<b>Droite</b>	<b>Gauche</b>	<b>Réponse</b>
1. Distance occiput – mur : (en cm, 1 chiffre après la virgule)	/ / / / /	/ / / / , / /	/ / / / , / /
2. Indice de Schober modifié : (10 + XX cm)			/ / , / /
3. Distance tragus – mur : (en cm)	/ / / / /	/ / / / , / /	/ / / / , / /
4. Flexion latérale du rachis : (en cm)	/ / / / /	/ / / / , / /	/ / / / , / /
5. Ampliation thoracique : (en cm)			/ / / /
6. Rotation cervicale : (en degrés)	/ / / /	/ / / /	/ / / /
7. Distance inter-malléolaire : (en cm)			/ / / / /
8. Distance doigt - sol : (en cm)			/ / / / , / /

N° de centre:   /  /   N° du patient:   /  /   Identification patient:   /  

**8. DONNES GENERALES**

**8.a. Données générales et relatives aux manifestations articulaires (durant les 48 dernières heures)**

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

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
 Maladie inactive Maladie active

**8.b. 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 ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante      | <input type="checkbox"/> Rachialgie commune                     |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique           | <input type="checkbox"/> Rachialgie d'une autre origine, si oui |
| <input type="checkbox"/> Spondyloarthrite associée à MICI | Préciser : .....  |
| <input type="checkbox"/> Arthrite réactionnelle           |   |
| <input type="checkbox"/> Spondyloarthrite indifférenciée  |   |

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

0 —  1 —  2 —  3 —  4 —  5 —  6 —  7 —  8 —  9 —  10  
 Je n'y crois pas du tout J'en suis certain

**9. EXAMENS BIOLOGIQUES DU CENTRE INVESTIGATEUR**

Date :   /  /     /  /   2 0   /  /  

VS 1ère heure	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , mm
CRP	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> mg/l
Hémoglobine	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> g/dl
Globules blancs	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> 10.9/l
Plaquettes	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> 10.9/l
Glycémie	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> mmol/l
Créatinine	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> µmol/l
Cholesterol total	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> mmol/l
HDL cholesterol	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> mmol/l
Triglycérides	<u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> , <u>  </u> / <u>  </u> mmol/l

N° de centre:   /  /  /   N° du patient:   /  /  /   Identification patient:   /     /  

**10. Au TOTAL**

A un moment quelconque (antécédents ou présence actuelle), il a été noté ou l'on note chez le patient

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. Oligoarthritis asymétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arthritis prédominant aux membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleurs fessières sans précision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs fessières à bascule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doigt ou orteil en saucisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Talalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Iritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Urétrite non gonococcique ou cervicite ou diarrhée aiguë datant de moins d'un mois avant le début de l'arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Psoriasis cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Balanite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Entérocolopathie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Histoire familiale de spondyloarthrite ou d'uvéite ou d'entérocolopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Amélioration en 48 heures des douleurs par les AINS et/ou rechute rapide (48 heures) des douleurs à leur arrêt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Elévation de la CRP au moment d'une poussée de rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**Au terme de cette consultation :**1. Vous avez vérifié que le dossier patient a été correctement complété OUI  NON 2. Le diagnostic supposé est toujours celui de spondyloarthrite OUI  NON 

- Si NON, quel est-il ?.....

Le patient a donc terminé le suivi dans la cohorte DESIR.

- Si OUI, le patient poursuit la cohorte DESIR. Le rendez-vous de la prochaine consultation, dans un an, est fixé OUI  NON

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

**MERCI DE LUI REMETTRE UNE ORDONNANCE POUR LES EXAMENS BIOLOGIQUES USUELS (NFS, VS, plaquettes, glycémie, créatininémie, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides).**

Je certifie que toutes les informations reportées dans ce cahier d'observation sont exactes et valides.

Nom de l'investigateur :

Date : / / / / 20 / / /

Signature :