

N° de centre: /_/_/_/

N° du patient: /_/_/_/

Identification patient: /_/_/

SUIVI à 84 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 de fond

Merci de noter tous les traitements de fond reçus **DEPUIS LA DERNIERE VISITE.**

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
Nom (a)	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,
Cadre (b)	1 = pratique courante, 2 = essai thérapeutique
Unité (c) exprimée en	1 = ng, 3 = mg, 5 = µl, 2 = µg, 4 = gr, 6 = ml
Posologie(d) par unité d'administration	(ex. 25 ou 50 pour étanercept)
Intervalle (e) 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)
Voie (f)	1 = oral, 3 = intra-veineux, 2 = sous-cutané, 4 = intra-musculaire
Date début	
Date fin	
Cause d'arrêt (g)	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. Traitements CONCOMITANTS DEPUIS LA DERNIERE VISITE

 1.a. Traitements de fond **OUI** **NON**

Si oui, compléter

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

N° de centre: / / / N° du patient: / / / Identification patient: /
1.b Traitements corticoïdes

 OUI NON

Si oui, compléter

1.b.1. Corticothérapie intra-articulaire périphériqueOUI NON

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année
Localisation*	<u> </u> / Si / <u>12</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>12</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>12</u> / préciser

* 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.b.2. Corticothérapie pour enthésiteOUI NON

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année
Localisation*	<u> </u> / Si / <u>11</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>11</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>11</u> / préciser

*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.

1.b.3. Corticothérapie axiale (rachis/sacro-iliaque).....OUI NON

Si oui, compléter

Injections	N°1	N°2	N°3
Date	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année
Localisation*	<u> </u> / Si / <u>9</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>9</u> / préciser	<u> </u> / Si / <u>9</u> / préciser

*1 = épurale, 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.4. Corticothérapie oraleOUI NON

Si oui, compléter

Posologie (équivalent Prednisone en mg/jour)		Date de début jj / mm / aa)	Date de fin (jj / mm / aa)
Maximale	Moyenne		
/ / / / /	/ / / / /	/ / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / <input type="checkbox"/> en cours

1.b.5. Corticothérapie intramusculaireOUI NON

Si oui, compléter

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

1.b.6. Corticothérapie intraveineuseOUI NON

Si oui, compléter

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

Consignes pour compléter les tableaux de recueil des traitements AINS

Merci de noter tous les traitements AINS reçus **DEPUIS LA DERNIERE VISITE**.
 Merci d'utiliser 1 colonne par traitement.
 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				
Nom (a)	1 = Kétoprofène (Biprofenid®, Profénid®, Kétum, Toprec®), 2 = Diclofénac (Artotec®, Flector®, Voltarendolo®, Voltarène®, Xenid®), 3 = Indométacine (Chrono-Indocid®, Indocid®), 4 = Naproxène (Alève®, Apranax®, Naprosyne®),	5 = Ibuprofène (Advil®, Advilcaps®, Antarène®, Brufen®, Gelufène®, Nureflex®, Nurofenflash®, Spifen®, Upfen®), 6 = Célécoxib (Célébrex®), 7 = Meloxicam (Mobic®), 8 = Piroxicam (Brexin®, Cycladol®, Feldène®), 9 = Flurbiprofène (Antadys®, Cébutid®), 10 = Nabumétone (Nabucox®),	11 = Acide tiaprofénique (Flanid®, Surgam®), 12 = Tenoxicam (Tilcotil®), 13 = Aceclofénac (Cartex®), 14 = Acide méfénamique , (Ponstyl®), 15 = Fénoprofène (Nalgescic®), 16 = Sulindac (Arthrochine®),	17 = Etodolac (Lodine®), 18 = Nimésulide (Nexen®), 19 = Acide niflumique (Nifluri®), 20 = Etoricoxib (Arcoxia®), 21 = Parécoxib (Dynastat®), 22 = Aiminoprofène (Minalfène®), 23 = Autre.	
Posologie moyenne (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)				
Fréquence d'administration (c)	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					
Cause d'arrêt (d)	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: /
1.c. Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien**OUI** **NON** , **Si oui, compléter**

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

N° de centre: / / / / /

N° du patient: / / / / /

Identification patient: / / / / /

1.d. Antalgiques (pour le rhumatisme)
OUI NON
Si oui, compléter

Antalgiques	N°1	N°2	N°3
Classe (a)	/ / /	/ / /	/ / /
Voie (b)	/ / / Si / 7 / préciser	/ / / Si / 7 / préciser	/ / / Si / 7 / préciser
Posologie (c)	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /	/ / / / / / / / /
Date début	/ / / / / / / mois année	/ / / / / / / mois année	/ / / / / / / mois année
Date fin	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours	/ / / / / / / mois année <input type="checkbox"/> en cours
Cause d'arrêt (d)	/ / / 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: /
1.e. Autres médicaments pris par le patient
1.e.1. Traitements spécifiques

 OUI NON

Si oui, compléter :

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

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

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

1.e.2. Autres médicaments pris par le patient

 OUI NON

Si oui, compléter :

Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie	Indication

N° de centre: / / /

N° du patient: / / /

Identification patient: / /

2. CO-MORBIDITES

2.a. Événements gastro-intestinaux graves

depuis la visite précédente

OUI NON

Si oui, précisez

OUI NON

- | | | | |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ | Ulcères | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | Perforations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | Hémorragies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ | Diverticulites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.b. Affections cardio-vasculaires

2.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

 / /

2.b.2. Insuffisance cardiaque

OUI NON

Date du diagnostic

 / /

2.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

 / /

2.b.4. HTA

OUI NON

Si OUI, déjà notée lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

2.b.5. Péricardite

OUI NON

Si OUI, déjà notée lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

2.b.6. Insuffisance aortique

OUI NON

Si OUI, déjà notée lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

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

2.b.7. Autre valvulopathie

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

2.b.8. Trouble de la conduction

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

2.c. Pathologie pulmonaire chronique

OUI NON

Si OUI, laquelle :

1 asthme

OUI NON

2 : fibrose pulmonaire

OUI NON

3 : dilatation bronches

OUI NON

4 : autre

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / /

2.d. Maladies néoplasiques

2.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

2.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

2.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

 / /

N° de centre: / / N° du patient: / / Identification patient: / /
2.j. Infections opportunistes non tuberculeuses
OUI NON

Si OUI, compléter

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

2.k. Autres Infections sévères
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
Date	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mois année
Nature (a)	<u> </u> / <u> </u> Si /_8_/ préciser	<u> </u> / <u> </u> Si /_8_/ préciser	<u> </u> / <u> </u> Si /_8_/ préciser
Germe (b)	<u> </u> / <u> </u> Si /_4_/ préciser	<u> </u> / <u> </u> Si /_4_/ préciser	<u> </u> / <u> </u> 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: / /

2.f. Maladies endocriniennes
2.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

2.f.2. Dysthyroïdie

 OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

 OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / / / / /

Type

2.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

 / / / / /
2.f.4. Hypertriglycéridémie

 OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

 OUI NON

Si NON, date du diagnostic

 / / / / /

Date du premier traitement

 / / / / /
2.g. Affections virales

	NON	OUI déjà noté lors de la visite précédente	OUI Apparue depuis la visite précédente	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"/>

2.h. Syndrome de Gougerot-Sjogren

 OUI NON

N° de centre: / / N° du patient: / / Identification patient: /
2. 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°...).

2.j. Autres pathologies chroniques en cours

 OUI NON

Si oui, compléter :

NOM	Date du diagnostic
	/ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / mois année
	/ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / mois année
	/ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / mois année
	/ <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / mois année

2.k. Vaccination

 OUI NON

Si OUI, merci de préciser :

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
2.l. Fibromyalgie

 OUI NON

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

2.m.Ostéoporose
2.m.1. 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

2.m.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, préciser oui non

2.m.3. Traitement médicamenteux oui non

Si oui, préciser

- Calcium oui non
- Vit D oui non
- Bisphosphonates oui non
- Ranelate de strontium oui non
- Raloxifène oui non
- Teriparatide oui non
- Denosumab oui non

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

2.m.4. 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
/ / / / / ±	/ / / / / ±	/ / / / / mois année
/ / / / / ±	/ / / / / ±	/ / / / / mois année

2.o. Facteurs de risque cardiovasculaire depuis TOUJOURS
2.o.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).

2.o.2. 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

Si état = 2 ou 3, merci de préciser :

- 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).

4. Co-morbidités familiales

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

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

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

4. Patient de sexe féminin

oui

non

Si oui, compléter

4a. Contraception depuis la dernière visite

oui

non

Si oui, compléter :

4.a.1. Contraception orale

oui

non

Si oui, préciser :

- Nombre de mois de prise / / /
- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) / /

4.a.2. D.I. U (Stérilet)

oui

non

Si oui, préciser :

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

4.a.3. Implant sous-cutané

oui

non

Si oui, préciser :

- Nombre de mois de pose / / /
- Etat actuel (0 = arrêté, 1 = en cours) / /

4.b. Grossesse(s) depuis la dernière visite

oui

non

Si oui, préciser :

- Année de l'accouchement / / / / /
- 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

4.c. 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) / /

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

5. MANIFESTATIONS EXTRA-ARTICULAIRES

Depuis la visite précédente du patient dans l'étude.

5.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) / / /

Si Oui, préciser : - traitement reçu pour cet (ces) épisodes : OUI NON

	OUI	NON
- collyre de corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- injection locale de corticoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- corticothérapie par voie systémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre, à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.b. MICI

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

5.b.1. Le diagnostic de MICI a-t-il été porté ? (une seule case)

- 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, lequel :

	OUI	NON
Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à préciser :	

5.b.2. Traitement spécifique en cours OUI NON

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

5.c. Psoriasis
5.c.1 Le diagnostic de psoriasis a-t-il été porté (une seule case)

- 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, préciser :

	OUI	NON
- par un dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par autre médecin non dermato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.c.2. Etat actuel

- % de peau atteinte / / / /
 (1% = paume de la main – si absence de psoriasis inscrire / / / /)
 - 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 M84 – Cahier Patient

Propos général à lire avant de répondre au questionnaire

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

Merci de lire attentivement avant de répondre à chaque question.

6. DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET MEDICO-ECONOMIQUES

6.a. Caractéristiques sociales :

- ◆ Statut marital
 - Marié(e) / Concubinage / PACS
 - Célibataire / Divorcé(e) / Veuf (ve)
- ◆ Statut parental : indiquer le nombre d'enfants /_/_/

6.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

6.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.

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

- 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 :.....

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 /_/_/
- Avez-vous exercé cette profession comme :
 - Salarié, Si OUI, êtes-vous fonctionnaire ? OUI NON
 - A votre compte, libéral, travailleur indépendant,
 - Intermittent du spectacle,
 - Autre situation.

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

6.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: /_/ / /_/ /

6.e. Depuis la dernière visite, 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: /_/ / /_/ /

6.f. Depuis la dernière visite,

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

6.g. Depuis la dernière visite, 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"/>	
Fibroskopie 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: ____/____/____

6.h. Consultations aux Urgences et Hospitalisations

Depuis la dernière visite, 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

Depuis la dernière visite, 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: / / **7. ACTIVITE SYMPTOMATIQUE****7.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 maladie, 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

7.b. Réveils nocturnes♦Etes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre maladie ? OUI NON

N° de centre: / / / N° du patient: / / / Identification patient: / /
7.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: / /

7.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
									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: / /
7.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
S'HABILLER ET SE PREPARER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ? ▪ vous laver les cheveux ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE LEVER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ vous lever d'une chaise ? ▪ vous mettre au lit et vous lever du lit ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANGER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ couper votre viande ? ▪ porter à votre bouche une tasse ou un verre plein ? ▪ ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCHER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ marcher en terrain plat à l'extérieur ? ▪ monter 5 marches ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYGIENE Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ vous laver et vous sécher entièrement ? ▪ prendre un bain ▪ vous asseoir et vous relever des toilettes ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTRAPER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ? ▪ vous baisser pour ramasser un vêtement par terre 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREHENSION Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ouvrir une porte de voiture ? ▪ dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ? ▪ ouvrir et fermer un robinet ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDUITE AUTOMOBILE Si vous n'avez pas de voiture ou de permis de conduire, cochez cette case <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> ▪ êtes-vous capable de regarder dans le rétroviseur ? ▪ êtes-vous capable de tourner votre tête pour conduire en marche arrière ? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° de centre: / / /

N° du patient: / / /

Identification patient: / /

AUTRES ACTIVITES				
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

Cochez 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: ___/ ___/

7.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 spondyloarthrite.

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: ___/ ___/

7.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 spondyloarthrite.

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
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

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

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

7.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. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Efforts physiques modérés 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 plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Monter un étage 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 plus d'un km à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Marcher une centaine de mètres	<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 le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Avez-vous eu des difficultés 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 temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention 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

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

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

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

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

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

N° de centre: ____/____/____/

N° du patient: ____/____/____/

Identification patient: ____/____/____/

7.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: /
7.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	

7.k. QUESTIONNAIRE FIRST

Compléter ce questionnaire en répondant par oui ou par non (1 seule réponse OUI ou NON) à chacune des questions suivantes: mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse.

	oui	non
Mes douleurs sont localisées partout dans tout mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'une fatigue générale permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs sont comme des brûlures, des décharges électriques ou des crampes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'autres sensations anormales, comme des fourmillements, des picotements, ou des sensations d'engourdissement, dans tout mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs s'accompagnent d'autres problèmes de santé comme des problèmes digestifs, des problèmes urinaires, des maux de tête, ou des impatiences dans les jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes douleurs ont un retentissement important dans ma vie: en particulier, sur mon sommeil, ma capacité à me concentrer avec une impression de fonctionner au ralenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

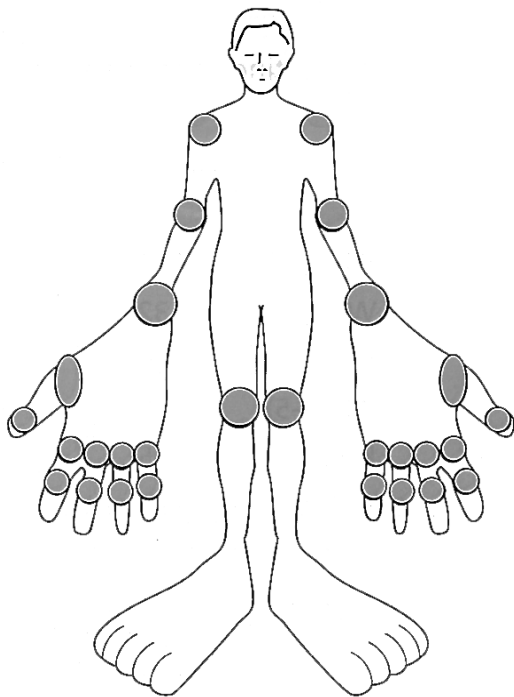
8. EXAMEN CLINIQUE (1)

8.a. Données générales

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

8. b. Indice de synovite

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



<u> </u>	Epaule	<u> </u>
<u> </u>	Coude	<u> </u>
<u> </u>	Poignet	<u> </u>
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	MCP	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	IPP	<u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
<u> </u>	Genou	<u> </u>

Les 28 articulations à examiner

Score global = / /

N° de centre: / / /

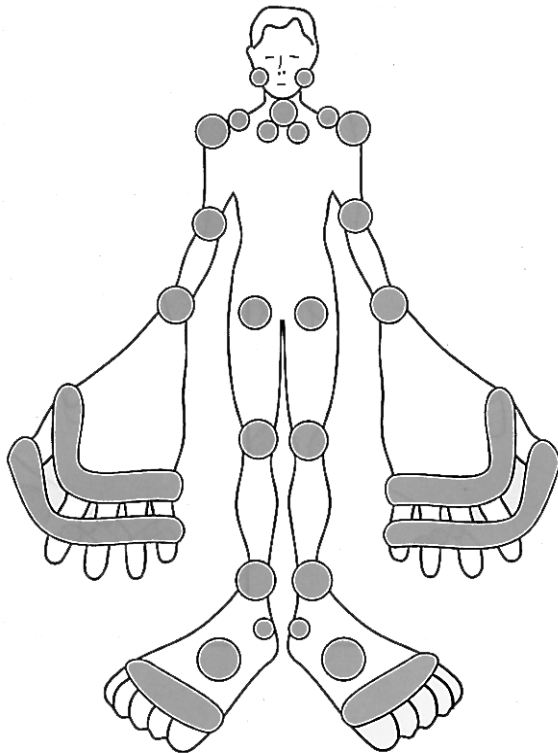
N° du patient: / / /

Identification patient: / /

8.c. Indice articulaire

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

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



Les 53 articulations à examiner

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

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'écartier 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: / /

8.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 minimale ; 2 = si douleur modérée ; 3 = si grimace ou retrait.

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

8.e. Mobilisation rachidienne

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

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

9. DONNES GENERALES

9.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

9.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 ?

- Spondylarthrite ankylosante
- Rhumatisme psoriasique
- Spondyloarthrite associée à MICI
- Arthrite réactionnelle
- Spondyloarthrite indifférenciée

- Fibromyalgie
- Rachialgie commune
- Rachialgie d'une autre origine, si oui
- Préciser :

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

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

10. Examens complémentaires

10.1. Examens biologiques

Date : / / / / / / / / / / /

VS 1ère heure	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> , mm
CRP	<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> / 10.9/l
Plaquettes	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> / 10.9/l
Glycémie	<u> </u> / <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> / <u> </u> mmol/l
HDL cholesterol	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> , <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mmol/l
Triglycérides	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u> , <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> mmol/l

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / /

Identification patient: / / / /

10.2 Examen échographique
 OUI

 NON

Si Oui, date : / / / / 20 / / /

Interrogatoire clinique

	Antécédents		Symptômes		Examen clinique	
	droite	gauche	droite	gauche	droite	gauche
Talalgie inférieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Talalgie postérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur tendon rotulien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur épicondyle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Echographie en mode B, sonde haute fréquence 12-16 MhZ, Doppler puissance PRF 500-800 HZ ou réglé selon les indications techniques de l'appareil.

2 coupes sagittales et coupe coronale sur chaque insertion.

Tendon d'Achille

Epaisseur du tendon

droit

gauche

/ / / mm

/ / / mm

Augmentation épaisseur

 oui non

 oui non

Calcifications

 oui non

 oui non

Erosions osseuses

 oui non

 oui non

Enthésophytes

 oui non

 oui non

Vascularisation Doppler

- Tendon

 oui non

 oui non

- Jonction os-enthèse

 oui non

 oui non

Bourse pré-achilléenne

Bourse anormale en mode B

 oui non

 oui non

Hypervascularisation Doppler

 oui non

 oui non

Tendon rotulien (insertions proximale et distale)

Augmentation épaisseur (prox)

 oui non

 oui non

Calcifications (prox)

 oui non

 oui non

Erosions osseuses (prox)

 oui non

 oui non

Enthésophytes (prox)

 oui non

 oui non

Augmentation épaisseur (dist)

 oui non

 oui non

Calcifications (dist)

 oui non

 oui non

Erosions osseuses (dist)

 oui non

 oui non

Enthésophytes (dist)

 oui non

 oui non

Vascularisation Doppler

- Jonction os-enthèse (prox)

 oui non

 oui non

- Jonction os-enthèse (dist)

 oui non

 oui non

Tendons épicondyliens

Augmentation épaisseur

 oui non

 oui non

Calcifications

 oui non

 oui non

Erosions osseuses

 oui non

 oui non

Enthésophytes

 oui non

 oui non

Vascularisation Doppler

- Tendon

 oui non

 oui non

- Jonction os-enthèse

 oui non

 oui non

N° de centre: / / N° du patient: / / Identification patient: /
10.3. Densitométrie osseuse
 OUI

 NON

 Si oui, Date : / / / / / /

Type d'appareil :

 Hologic

 Lunar

 Norland

 DMS

Modèle :

Résultats :
Rachis Lombaire :

Examen effectué

 Oui

 Non

 DMO L1 – L4 = g/cm²

 T score = / / , / /

 Z score = / / , / / (pour les appareils Lunar mettre le Z score non-ajusté)

Courbe utilisée :

Hanche :

Examen effectué

 Oui

 Non

 DMO Col Fémoral = g/cm²

 T score = / / , / /

 Z score = / / , / / (pour les appareils Lunar mettre le Z score non-ajusté)

 DMO Fémur Total = g/cm²

 T score = / / , / /

 Z score = / / , / / (pour les appareils Lunar mettre le Z score non-ajusté)

Courbe utilisée :

Corps entier :

Examen effectué

 Oui

 Non

 DMO Corps entier = g/cm²

 T score = / / , / /

 Z score = / / , / / (pour les appareils Lunar mettre le Z score non-ajusté)

Courbe utilisée :

Composition corporelle :
Bras Gauche :

 Masse grasse (g) = / / / / / , / /

 Masse maigre (g) = / / / / / , / /

 Pourcentage de graisse (%) = / / , / /
Bras Droit :

 Masse grasse (g) = / / / / / , / /

 Masse maigre (g) = / / / / / , / /

 Pourcentage de graisse (%) = / / , / /
Jambe Gauche :

 Masse grasse (g) = / / / / / , / /

N° de centre: / / / N° du patient: / / / Identification patient: / Masse maigre (g) = / / / / / , / Pourcentage de graisse (%) = / / / , / **Jambe Droite :**Masse grasse (g) = / / / / / , / Masse maigre (g) = / / / / / , / Pourcentage de graisse (%) = / / / , / **Tronc :**Masse grasse (g) = / / / / / / / , / Masse maigre (g) = / / / / / / / , / Pourcentage de graisse (%) = / / / , / **Total :**Masse grasse (g) = / / / / / / / / / , / Masse maigre (g) = / / / / / / / / / , / Pourcentage de graisse (%) = / / / , /

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 = / / / / / / / / / , / / /

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

11. Au total, à un moment quelconque (antécédents ou présence actuelle), il a été noté ou l'on note chez le patient

	Oui	Non
1. Oligoarthritis asymétrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Arthrite 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 ou tout autre enthésiopathie	<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 spondylarthropathie 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 :