



# ***Cahier d'observation Visite Inclusion***

## A inscrire au dos de l'intercalaire

### Récapitulatif de la visite M0 :

#### **Auto-questionnaires patient :**

- médico-économique
- BASDAI
- HAQ-AS
- AS-QOL
- BASG
- BASFI
- SF-36

#### **Examen physique :**

- Poids, Taille,
- Ampliation thoracique
- Distance doigt-sol
- Tension Artérielle
- Distance occiput-mur
- BASMI score avec :
  - . Rotation cervicale
  - . Distance inter-malléolaire
  - . Distance tragus-mur
  - . Flexion latérale du rachis
  - . Schober

#### **Traitements et co-morbidités**

#### **Appréciation globale du médecin**

#### **Examens biologiques :**

- CRP
- Cholestérol, triglycérides, NFS, VS, glycémie
- HLAB27
- ADN et ARN\*
- Sérothèque
- Urinothèque

#### **Examens radiologiques :**

- radiographies standards
- IRM

#### **Echographie des enthèses**

#### **Densitométrie osseuse**

*\*seulement pour les centres AP-HP*



## CRITERES DE NON-INCLUSION

1. Diagnostic formel d'une pathologie douloureuse du rachis autre que celui de spondylarthropathie (exemple : discopathie mécanique symptomatique): oui  non
2. Femme enceinte oui  non
3. Antécédents d'alcoolisme, toxicomanie, problèmes psychologiques, co-morbidités sévères oui  non
4. Antécédents de traitements par biothérapie notamment anti-TNF oui  non
5. Corticothérapie en cours depuis moins de 4 semaines et/ou supérieur à 10mg oui  non
6. Non affiliation à un régime de Sécurité Sociale oui  non
7. Contre-indication à l'IRM oui  non

AU TERME de cette sélection, si le malade répond à tous les critères, il peut être inclus dans l'étude. Aussi :

**Merci de compléter la visite d'inclusion.**


  
DEVENIR DES SPONDYLARTHROPATHIES INDIFFERENCIEES RECENTES

## Déclaration d'inclusion

A faxer à l'Unité de Recherche Clinique  
**au 01 58 41 11 83**

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_ déclare inclure, après vérification de l'ensemble des critères d'inclusion et de non inclusion et obtention d'un consentement éclairé et écrit, le patient :

Patient n°	_ _     _ _
Nom Prénom	_ _ _     _
Date de naissance : <b>(mois/année)</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Date d'inclusion <b>(jour/mois/année)</b>	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**L'inclusion et le suivi de ce patient ont lieu à l'hôpital :**

Numéro de centre : |\_|\_|\_|

Nom de l'Hôpital : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du service : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

N° de fax du service : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Date : |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (jour/mois/année)

Cachet du service :

Signature de l'investigateur :

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

# INCLUSION

## 1. Confirmation des critères d'inclusion

- a) Le malade répond aux critères décrits pages 1 et 2 de ce cahier    oui  non
- b) Le malade a signé la feuille de consentement éclairé    oui  non

## 2. Caractéristiques socio-démographiques

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

Date de naissance: / / / / 19 / / / / Sexe:  Masculin  Féminin

Lieu de naissance :

Ville : ..... Code postal : / / / / /

Pays : .....

Date d'arrivée en France si naissance hors France : / / / / / / / / / /

Origine ethnique :

- Caucasien  
 Noir  
 Asiatique  
 Maghrébin  
 Autre (préciser) : .....

Lieu de naissance des parents :

Père : Ville : ..... Code postal : / / / / /

Pays : .....

Mère : Ville : ..... Code postal : / / / / /

Pays : .....

Origine ethnique des parents :

Père :

- Caucasien  
 Noir  
 Asiatique  
 Maghrébin  
 Autre (préciser) : .....

Mère :

- Caucasien  
 Noir  
 Asiatique  
 Maghrébin  
 Autre (préciser) : .....

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

**3. Anamnèse**

**A. Rachialgies**

a) Date de début = date d'apparition des premières rachialgies inflammatoires

/ / / / / / / / / /

**Localisation de la première atteinte axiale :**

- rachis cervical
- rachis dorsal
- rachis lombaire
- fessalgie

**Localisation depuis le début des douleurs :**

- rachis cervical
- rachis dorsal
- rachis lombaire
- fessalgie

**Mode de début :**

- explosif < 24 heures
- sub-aigu (< 1 semaine)
- insidieux
- intermittent ou paroxystique

**Type de douleur depuis le début :**

- responsable de réveil nocturne
- associé à un dérouillage matinal d'au moins 20 minutes
- constante (diurne et nocturne)
- surtout après efforts physiques

**Sensibilité des douleurs aux AINS**

Oui  Non

**B. Atteinte articulaire périphérique**

Oui  Non

Si oui, date d'apparition de la première atteinte articulaire : / / / / / / / / / /

**Localisation(s) articulaire(s)**

Localisation	La première atteinte		Toutes les atteintes depuis le début	
	droite	gauche	droite	gauche
main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Y a-t-il eu des signes objectifs d'arthrite (et non pas de simples arthralgies)**  Oui  Non

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

**C. Atteinte enthésiopathique**
 Oui  Non

Si oui, date d'apparition de la première enthésiopathie : / / / / / / / / / /

Localisation	La première atteinte		Toutes les atteintes depuis le début	
	droite	gauche	droite	gauche
Talalgie inférieure	<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"/>
Tubérosité tibiale antérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre enthésiopathie du membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre enthésiopathie du membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Doigts en saucisse**
 Oui  Non

Si oui, date d'apparition du premier doigt en saucisse : / / / / / / / / / /

Localisation		La première atteinte		Toutes les atteintes depuis le début	
		droite	gauche	droite	gauche
Main	I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied	I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Douleurs de la paroi thoracique antérieure**
 Oui  Non

Si oui, date de début : / / / / / / / / / /

Localisation	La première atteinte		Toutes les atteintes depuis le début	
	droite	gauche	droite	gauche
Sterno-claviculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternocostale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manubriosternale		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Diffuse		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>



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

**F. Signes extra-articulaires**

Oui  Non

Si oui,

Date de début : / / / / /

Type d'atteinte			Si oui, date de début	Evolution depuis le début		
	oui	non		Episode résolutif	Episodes rémanents	Episode continu
Uvéite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pustulose palmo-plantaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectocolite hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. Evènements précédant (< 3 mois) l'apparition d'un des signes inflammatoires**

Infection :

- Si oui :
- Oui  Non
  - Chlamydia
  - Shigella
  - Salmonelle
  - Yersinia
  - Campilobacter
  - Klebsiella pneumoniae
  - Streptocoque
  - Clostridium difficile
  - Neisseria gonorrhoea
  - Mycoplasma genitalium
  - Ureaplasma Urealyticum
  - Parvovirus
  - Epstein Barr virus
  - Cytomegalovirus
  - Alphavirus
  - Herpes virus

Traumatisme :

Oui  Non

Vaccination :

Oui  Non

Nouveau médicament introduit :

Oui  Non

Accouchement :

Oui  Non

Evènement de la vie :

Oui  Non

**4. Diagnostic porté avant l'inclusion du malade dans l'étude**

Oui  Non

Si oui, lequel ?

- Spondylarthrite ankylosante
- Rhumatisme psoriasique
- Spondylarthropathie associée à MICI
- Arthrite réactionnelle
- Spondylarthropathie indifférenciée
- SAPHO
- Polyarthrite rhumatoïde
- Connectivite
- Autre rhumatisme inflammatoire
- Rachialgie commune

Si oui, à quelle date ?

/ / / / /

Si oui, par qui ?

- Médecin traitant
- Rhumatologue
- Interniste
- Autre (préciser) :.....

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

### 5. Traitements concomitants antérieurs durant les 6 derniers mois (1)

Reporter tous les traitements prescrits pour le rhumatisme ayant justifié l'inclusion du patient dans l'étude.

<b>Anti-inflammatoires non stéroïdiens</b> <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non			
<b>Nom du traitement</b> (indiquer la <u>DCI</u> )	<b>Posologie moyenne</b> mg/jour jours/semaine	<b>Date de début</b> (jj / mm / aa)	<b>Date de fin</b> (jj / mm / aa)
	<input type="checkbox"/> < 1 j/sem <input type="checkbox"/> 1 à 3 j/sem <input type="checkbox"/> 3 à 5 j/sem <input type="checkbox"/> ≤ 5 j/sem <input type="checkbox"/> tous les J	/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
	<input type="checkbox"/> < 1 j/sem <input type="checkbox"/> 1 à 3 j/sem <input type="checkbox"/> 3 à 5 j/sem <input type="checkbox"/> ≤ 5 j/sem <input type="checkbox"/> tous les J	/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
	<input type="checkbox"/> < 1 j/sem <input type="checkbox"/> 1 à 3 j/sem <input type="checkbox"/> 3 à 5 j/sem <input type="checkbox"/> ≤ 5 j/sem <input type="checkbox"/> tous les J	/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
	<input type="checkbox"/> < 1 j/sem <input type="checkbox"/> 1 à 3 j/sem <input type="checkbox"/> 3 à 5 j/sem <input type="checkbox"/> ≤ 5 j/sem <input type="checkbox"/> tous les J	/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
	<input type="checkbox"/> < 1 j/sem <input type="checkbox"/> 1 à 3 j/sem <input type="checkbox"/> 3 à 5 j/sem <input type="checkbox"/> ≤ 5 j/sem <input type="checkbox"/> tous les J	/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
<b>Traitements de fond</b> <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non			
<b>Nom du traitement</b> (indiquer la <u>DCI</u> )	<b>Posologie</b>	<b>Date de début</b> (jj / mm / aa)	<b>Date de fin</b> (jj / mm / aa)
		/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
		/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours

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

**5. Traitements concomitants antérieurs durant les 6 derniers mois (2)**

<b>Corticothérapie orale</b>					<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie (mg/jour)		Date de début (jj / mm / aa)	Date de fin (jj / mm / aa)		
	Maximale	Moyenne				
			/ / / / / / / /	/ / / / / / / / <input type="checkbox"/> En cours		
<b>Corticothérapie intramusculaire</b>					<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie par injection (mg)	Nombre d'injections	Date première injection (jj / mm / aa)	Date dernière injection (jj / mm / aa)		
			/ / / / / / / /	/ / / / / / / /		
<b>Corticothérapie intraveineuse</b>					<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie par injection (mg)	Nombre d'injections	Date première injection (jj / mm / aa)	Date dernière injection (jj / mm / aa)		
			/ / / / / / / /	/ / / / / / / /		
<b>Corticothérapie intra-articulaire / pour enthésiopathie</b>					<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Localisation	Posologie par injection (mg)	Nombre d'injections	Date première injection (jj / mm / aa)	Date dernière injection (jj / mm / aa)	
				/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	
				/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	
				/ / / / / / / /	/ / / / / / / /	



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

## 6. Co-morbidités / antécédents (1)

	OUI	NON	Ne sait pas
<b>a. Événements gastro-intestinaux graves</b>			
♦ Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Perforations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Hémorragies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Affections cardio-vasculaires / pulmonaires</b>			
♦ HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Ischémie myocardique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Accident vasculaire (AVC, AIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Péricardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Insuffisance aortique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Autre valvulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Trouble de la conduction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Maladies néoplasiques</b>			
♦ Maladie lympho-proliférative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Tuberculose</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Maladies endocriniennes</b>			
♦ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Hyper-triglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. Affections virales</b>			
♦ HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ HBV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ HCV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. Antécédents de transfusion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Vaccination</b>			
♦ Anti-hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Pneumocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i. Syndrome</b>			
♦ Syndrome de Gougerot-Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

## 6. Co-morbidités / antécédents (2)

	OUI	NON	
<b>j. Malade de sexe féminin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui			
▪ Ménopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
▪ Age premières règles	/ / / ans		
▪ Nombre de grossesses (au total)	/ / /		
▪ Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, Laquelle			
<b>k. Toxiques</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Ne sait pas</b>
♦ Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Co-morbidités familiales (1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré)

A t'il été noté dans la famille un diagnostic de

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

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

## Visite Inclusion – 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 spondylarthropathie.

**Merci de lire attentivement avant de répondre à chaque question.**

### 8.1. Données démographiques et médico-économiques

#### 1. Plus haut niveau d'instruction atteint :

- Primaire
- Secondaire
  - 6<sup>e</sup> – 3<sup>e</sup> (premier cycle)
  - 2<sup>e</sup> – terminale (deuxième cycle)
- Enseignement supérieur
  - ≤ 3 ans
  - > 3 ans

#### 2. Caractéristiques sociales :

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

#### 3. 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

#### 4. Situation professionnelle actuelle :

Si vous travaillez, c'est-à-dire que vous exercez une activité rémunérée :

- a. Quelle est la profession que vous avez exercé le plus longtemps durant l'année qui vient de s'écouler (1 seule réponse possible) : .....

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

- b. Combien de journées de travail avez-vous perdues du fait de votre spondylarthropathie au cours de l'année qui vient de s'écouler ? / / / / Jours
- c. La survenue de votre rachialgie (ou son aggravation) a-t-elle eu des conséquences sur votre situation professionnelle (une seule réponse possible) ?
- Oui, j'ai du changer de poste sans pour autant changer de profession
  - Oui, j'ai du changer de profession
  - Oui, j'ai été licencié(e)
  - Oui, j'ai été mis(e) en invalidité
  - Oui, j'ai été mis(e) en retraite anticipée
  - Autre (précisez) : .....
  - Non, aucune conséquence

Si vous ne travaillez pas, êtes-vous en ?

- Longue maladie Date de la mise en longue maladie : / / / / / / / / / /  
 La rachialgie en est-elle en cause ?  Oui  Non
- Invalidité Date de la mise en invalidité : / / / / / / / / / /  
 La rachialgie en est-elle en cause ?  Oui  Non
- Chômeur Quel est le dernier métier exercé ? .....
- Retraité
- Homme ou femme au foyer
- Autre situation (précisez) : .....



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

**5. 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 rachialgie** 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. 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**

**7. 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: / / / /

**8. Consultations aux Urgences et Hospitalisations**

**Au cours de la dernière année, 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 rachialgie) :**

	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 3 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 survenues dans les 3 derniers mois :**

	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 survenues dans les 3 derniers mois :**

	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: / / / /

## 8.2. 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

## 8.3. Réveils nocturnes

- ♦ Etes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre rachialgie ?    oui  non

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

## 8.4. 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: / / / /

## 8.5. 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: / / / /

## 8.6 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"/>	<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"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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"/>	<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 1 fois</li> <li>▪ ouvrir et fermer un robinet ?</li> </ul>	<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"/>

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

<b>CONDUITE AUTOMOBILE :</b> Si vous n'avez pas de voiture ou de permis de conduire, cochez cette case <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> êtes-vous capable de regarder dans le rétroviseur? <input type="checkbox"/> êtes-vous capable de tourner votre tête pour conduire en marche arrière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AUTRES ACTIVITES</b> Etes-vous capable de : <input type="checkbox"/> faire vos courses ? <input type="checkbox"/> monter et descendre de voiture ? <input type="checkbox"/> faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ? <input type="checkbox"/> de porter des objets lourds comme 1 sac de courses plein ? <input type="checkbox"/> de rester assis longtemps , par exemple au travail ? <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 .....  | <input type="checkbox"/> | Accessoire pour s'habiller (crochet à bouton ou à fermeture-éclair, chausse-pied à long manche.....) | <input type="checkbox"/> |
| Déambulateur.....                                  | <input type="checkbox"/> | Ustensiles spécialement adaptés.....   | <input type="checkbox"/> |
| Béquilles.....                                     | <input type="checkbox"/> | Chaise spécialement adaptée.....   | <input type="checkbox"/> |
| Chaise roulante .....                              | <input type="checkbox"/> | Autre(s) <input type="checkbox"/> (préciser) .....   | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) <input type="checkbox"/> (préciser) ..... | <input type="checkbox"/> | .....  | <input type="checkbox"/> |
| Aucune aide  | <input type="checkbox"/> |  |                          |

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

- |                                 |                          |              |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| S'habiller et se préparer ..... | <input type="checkbox"/> | Manger.....  | <input type="checkbox"/> |
| Se lever.....                   | <input type="checkbox"/> | Marcher..... | <input type="checkbox"/> |
| Aucune                          | <input type="checkbox"/> |              |                          |



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

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

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Siège de W-C surélevé .....               | <input type="checkbox"/> | Poignée ou barre de baignoire .....                   | <input type="checkbox"/> |
| Siège de baignoire .....                  | <input type="checkbox"/> | Instrument à long manche pour attraper les objets ... | <input type="checkbox"/> |
| Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts) . | <input type="checkbox"/> | Instrument à long manche dans la salle de bain .....  | <input type="checkbox"/> |
| Aucun appareil ou accessoire              | <input type="checkbox"/> | Autre(s) <input type="checkbox"/> (préciser) .....    |                          |
|   |                          | .....   |                          |

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

- |                            |                          |                                   |                          |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Hygiène .....              | <input type="checkbox"/> | Saisir et ouvrir des objets.....  | <input type="checkbox"/> |
| Atteindre et attraper..... | <input type="checkbox"/> | Courses et tâches ménagères ..... | <input type="checkbox"/> |
| Aucune aide                | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |

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

## 8.7 ECHELLE DE QUALITE DE VIE SF36

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 .....

**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"/>

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

**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 <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 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"/>

**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 .....

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

**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 .....

**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 la 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"/>

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

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

	totalement vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalement 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: / / / /

## 8.8 . 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: / / / /

## 8.9. 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: / / / /

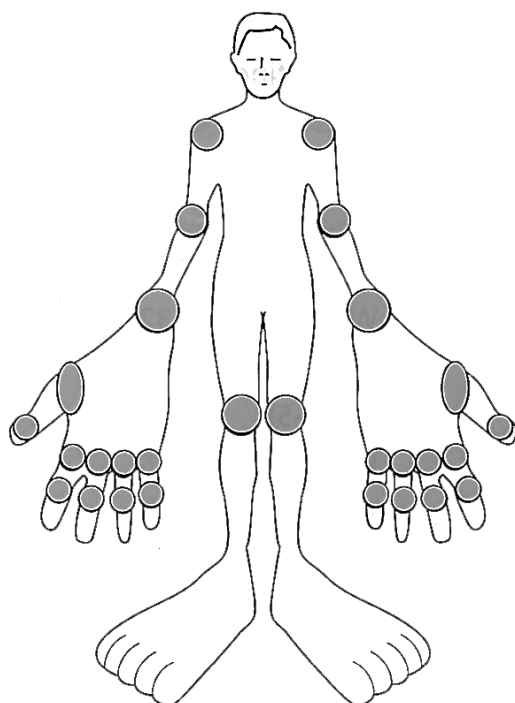
## 9. Examen clinique (1)

### 9.1. Données générales

- ◆ Poids à 20 ans : / / / / kg      ◆ Poids ce jour : / / / / kg
- ◆ Taille à 20 ans : / / / / cm      ◆ Taille ce jour : / / / / cm
- ◆ Tension artérielle : / / / / / / / / mmHg
- ◆ Périmètre abdominal : / / / / cm

### 9.2. 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"/>	MCP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	IPP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>

**Les 28 articulations à examiner**

**Score global = / / /**

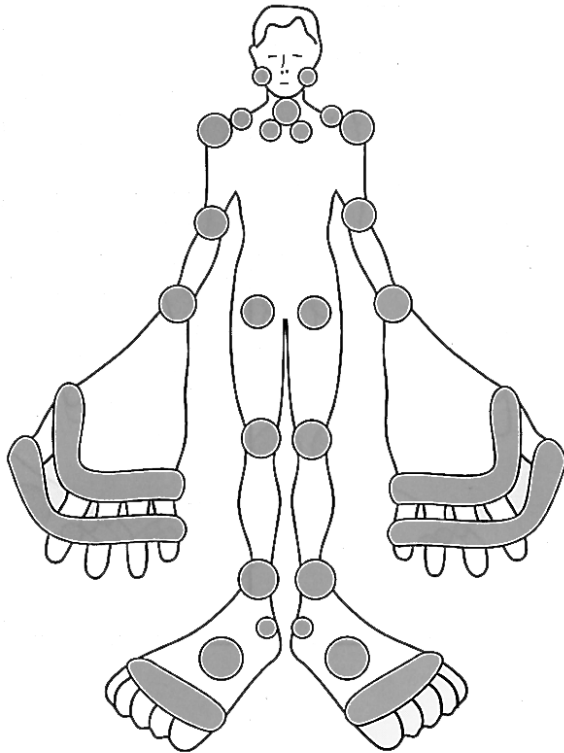


N° de centre: / / / / N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**9.3. 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



	<input type="checkbox"/>	Rachis cervical	
	<input type="checkbox"/>	Temporo-maxillaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Sterno-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Acromo-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"/>

**Les 53 articulations à examiner**

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

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

## **PAGE FAISANT FACE A LA PAGE 34**

### **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 Schober 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**

Elle est évaluée en mesurant la distance entre les doigts et le sol, en flexion latérale sans se pencher en avant ni plier les genoux. Pour cela, le patient doit être aussi proche du mur que possible avec les épaules au même niveau. L'investigateur demande au patient de se pencher latéralement du côté droit, puis du 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. Le meilleur des deux essais est retenu pour chacun des deux côtés (droit et gauche). La moyenne des meilleurs essais droit et gauche donne un résultat final pour la flexion latérale du rachis (mesures effectuées à l'aide d'1 cm gradué à 0,1 cm).

### **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: / / / /

## 9. Examen clinique (2)

### 9.4. 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	/ / /	/ / /
Septième articulation costo-chondrale	/ / /	/ / /
Epine iliaque postéro-supérieure	/ / /	/ / /
Epine iliaque antéro-supérieure	/ / /	/ / /
Crête iliaque	/ / /	/ / /
Insertion du tendon d'Achille	/ / /	/ / /
Epineuse de L5		/ / /

### 9.5. Mobilisation rachidienne

	Droite	Gauche	Réponse
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: / / / /

## 9.Examen clinique (2)

### 9.6 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

### 9.7 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"/> Polyarthrite rhumatoïde        |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique              | <input type="checkbox"/> Connectivite                   |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthropathie associée à MICI | <input type="checkbox"/> Autre rhumatisme inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Arthrite réactionnelle              | <input type="checkbox"/> Rachialgie commune             |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthropathie 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

**AU TERME DE CET EXAMEN, MERCI DE FIXER UN  
 RENDEZ-VOUS DE CONSULTATION D'ICI A SIX MOIS,  
 SOIT LE :            / / / / 20 / / / /**

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

## 10. Examens complémentaires

### 10.1 Examens biologiques du centre investigateur

- Date : / / / / / 2 / 0 / / /

	Positif	Négatif	En attente
HLA B27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VS	/ / / mm		
CRP	/ / / / , / / mg/l		
Hémoglobine	/ / , / / g/dl		
Globules blancs	/ / / / / 10.9/l		
Plaquettes	/ / / / / 10.9/l		
Glycémie	/ / , / / / mmol/l		
Créatinine	/ / / / / , / / mmol/l		
Cholestérol total	/ / , / / / μmol/l		
HDL cholestérol	/ / , / / / μmol/l		
Triglycérides	/ / / / / mmol/l		

Prélèvement veineux sanguin supplémentaire de <b>2.5 ml</b> pour l'extraction de l' <b>ARN</b> (prélèvement fait en même temps que celui pour l'évaluation biologique habituellement réalisée) <b>seulement pour les centres de l'AP-HP</b>	<b>Fait</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non fait</b> <input type="checkbox"/>
Centrifugation et Conservation du tube à -80°C		

Prélèvement veineux sanguin supplémentaire de <b>30 ml</b> pour l'extraction de l' <b>ADN</b> (prélèvement fait en même temps que celui pour l'évaluation biologique habituellement réalisée)	<b>Fait</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non fait</b> <input type="checkbox"/>
Centrifugation et Conservation du tube à -80°C		

#### Examens biologiques à centraliser

(prélèvements, conservation, envoi, selon les procédures du protocole)

- Sang  oui  non  
 Urines  oui  non

#### Examens radiologiques à centraliser (ordonnances pages suivantes)

(récupération, conservation, envoi, selon les procédures du protocole)

- Radiographies standard  oui  non  
 IRM  oui  non

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

## ORDONNANCE

Patient : NOM :

Prénom :

Le : / / / / / / / / / / / / / / / /

Faire pratiquer **une radiographie, en respectant les procédures de l'étude DESIR**, du :

- rachis cervical de profil
- rachis dorsal de profil
- rachis lombaire de profil
- rachis lombaire de face
- bassin de face.

### Merci de bien vouloir :

1. identifier le CD remis par le patient de la façon suivante : n° de centre, n° de patient, 1<sup>ère</sup> lettre du prénom, 1<sup>ère</sup> lettre du nom, date et visite M0 (*infos indiquées en entête de cette ordonnance*)
2. graver, sur ce CD-Rom les données radiologiques recueillies
3. rendre ce CD au patient qui le restituera **le jour même** à l'investigateur

**Docteur :****Tampon du service :**

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

**ORDONNANCE**

Patient : NOM :

Prénom :

Le : / / / / / / / / 2 / 0 / / / /

Faire pratiquer **une IRM, en respectant les procédures de l'étude DESIR**, du rachis :

- cervical
- dorsal
- lombaire
- des sacro-iliaques.

**Merci de bien vouloir :**

1. identifier le CD remis par le patient de la façon suivante : n° de centre, n° de patient, 1<sup>ère</sup> lettre du prénom, 1<sup>ère</sup> lettre du nom, date et visite M0 (*infos indiquées en entête de cette ordonnance*)
2. graver, sur ce CD-Rom les données IRM recueillies
3. rendre ce CD au patient qui le restituera **le jour même** à l'investigateur

**Docteur :****Tampon du service :**

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

## 10.2 . Radiographie du rachis

▪ Date : / / / / / 2 / 0 / / /

### 10.2.a Radiographie du bassin de face

#### 10.2.a.1 Sacroiliite

Stade Radio

Droite

/ / \*

Gauche

/ / \*

\*0 = normal

1 = sacroiliite douteuse

2 = sacroiliite certaine

3 = fusion des sacroiliaques

#### 10.2.a.2 Coxite

Stade Radio

Droite

/ / \*\*

Gauche

/ / \*\*

\*\*0 = normal

1 = douteux

2 = léger : interligne pincé de façon circonférentielle, restant de plus de 2mm

3 = modéré : interligne pincé, inférieur ou égal à 2mm ou production osseuse de moins de 2cm

4 = sévère : déformation de la tête ou production osseuse de plus de 2cm



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

**10.1.a.3 Syndesmophytes**

Date de la radio / / / / / 2 / 0 / / /

Films : clichés de profil du rachis lombaire et cervical

Les éléments suivants seront collectés :

1. Partie antérieure du plateau inférieur de C2 / / \*
2. Partie antérieure du plateau supérieur de C3 / /
3. Partie antérieure du plateau inférieur de C3 / /
4. Partie antérieure du plateau supérieur de C4 / /
5. Partie antérieure du plateau inférieur de C4 / /
6. Partie antérieure du plateau supérieur de C5 / /
7. Partie antérieure du plateau inférieur de C5 / /
8. Partie antérieure du plateau supérieur de C6 / /
9. Partie antérieure du plateau inférieur de C6 / /
10. Partie antérieure du plateau supérieur de C7 / /
11. Partie antérieure du plateau inférieur de C7 / /
12. Partie antérieure du plateau supérieur de T1 / /
13. Partie antérieure du plateau inférieur de T12 / /
14. Partie antérieure du plateau supérieur de L1 / /
15. Partie antérieure du plateau inférieur de L1 / /
16. Partie antérieure du plateau supérieur de L2 / /
17. Partie antérieure du plateau inférieur de L2 / /
18. Partie antérieure du plateau supérieur de L3 / /
19. Partie antérieure du plateau inférieur de L3 / /
20. Partie antérieure du plateau supérieur de L4 / /
21. Partie antérieure du plateau inférieur de L4 / /
22. Partie antérieure du plateau supérieur de L5 / /
23. Partie antérieure du plateau inférieur de L5 / /
24. Partie antérieure du plateau supérieur de S1 / /

\*Inscrire : 0 si pas d'anomalie  
 1 si érosion, sclérose ou squaring  
 2 si syndesmophyte  
 3 si pont osseux inter-vertébral

Score total (de 0 à 72) / / /

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

**10.3. IRM**  Oui  Non

Si OUI, Date : / / / / 2 / 0 / / /

Qui interprète cette IRM ?

Radiologue

Rhumatologue

**6.3.1 Sacroiliaque**

Droite

Gauche

Lésions inflammatoires \*

/ /

/ /

Lésions chroniques \*\*

/ /

/ /

0 = Non

1 = Douteux

2 = Oui

9 = Clichés non disponibles

**6.3.2 Rachis**

Lombaire

Dorsal

Cervical

Lésions inflammatoires \*

/ /

/ /

/ /

Lésions chroniques \*\*

/ /

/ /

/ /

0 = Non

1 = Douteux

2 = Oui

9 = Clichés non disponibles

\* **Les lésions inflammatoires sont l'œdème osseux/la prise de produit de contraste dans/de façon adjacente aux articulations sacroiliaques ou aux enthèses situées aux bords des vertèbres ou la vertèbre entière (avec ou sans atteinte du disque, compatible avec les lésions que l'on observe dans la spondylarthrite ankylosante/spondylarthropathie axiale ; des séquences STIR et/ou T1 avec injection de gadolinium sont nécessaires.**

\*\* **Les lésions chroniques sont la présence nette de lésions typiques telle qu'une sclérose, des érosions, des ponts osseux ou une ankylose ou une sclérose, des érosions, ou des syndesmophytes situés sur les vertèbres.**

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

**10.4 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**

	droit		gauche	
	/___/mm		/___/mm	
Epaisseur du tendon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Augmentation épaisseur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Calcifications	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Erosions osseuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enthésophytes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vascularisation Doppler				
- Tendon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Jonction os-enthèse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Bourse pré-achilléenne**

Bourse anormale en mode B	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Hypervascularisation Doppler	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Tendon rotulien (insertions proximale et distale)**

Augmentation épaisseur (prox)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Calcifications (prox)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Erosions osseuses (prox)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enthésophytes (prox)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Augmentation épaisseur (dist)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Calcifications (dist)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Erosions osseuses (dist)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enthésophytes (dist)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vascularisation Doppler				
- Jonction os-enthèse (prox)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Jonction os-enthèse (dist)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Tendons épicondyliens**

Augmentation épaisseur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Calcifications	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Erosions osseuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Enthésophytes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Vascularisation Doppler				
- Tendon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Jonction os-enthèse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

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

**10.5. Densitométrie osseuse**  Oui  Non

Si oui, Date : / / / / 2 / 0 / / /

Type d'appareil :

Hologic  Lunar  Norland  DMS

Modèle : .....

**Résultats :**

**Rachis Lombaire :**

Examen effectué  Oui  Non

DMO L1 – L4 = ..... g/cm<sup>2</sup>

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/cm<sup>2</sup>

T score = / / , / /

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

DMO Fémur Total = ..... g/cm<sup>2</sup>

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/cm<sup>2</sup>

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 (%) = / / , / /

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

**Bras Droit :**

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

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

Pourcentage de graisse (%) = / / / , / / /

**Jambe Gauche :**

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

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: / / / /

**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"/>

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. Les prélèvements biologiques ont été faits et correctement conditionnés selon le manuel de procédure OUI  NON
3. Le prélèvement ADN (et ARN\*) a été fait et correctement conditionné selon le manuel de procédure biologique OUI  NON
4. L'envoi des prélèvements biologiques au Centre de coordination biologique est organisé OUI  NON
5. L'envoi des CD-Rom : radiographies standards et IRM au centre national de collection de l'imagerie (Sce du Pr Daurès) est organisé OUI  NON
6. Le rendez-vous de la prochaine consultation, dans 6 mois, est fixé OUI  NON
- Date de la prochaine consultation : / / / / 20 / / / /

\* seulement pour les centres AP-HP