

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

Identification patient: / / / /

## Suivi à 36 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 aux consultations  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**

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

### 1. Traitements concomitants depuis la dernière visite (1)

Reporter tous les traitements prescrits pour le rhumatisme depuis la visite précédente.

a. Anti-inflammatoires non stéroïdiens		<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie moyenne mg/jour    jours/semaine	Date de début (jj / mm / aa)	Date de fin (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		<input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui, compléter ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Non	
Nom du traitement (indiquer la DCI)	Posologie	Date de début (jj / mm / aa)	Date de fin (jj / mm / aa)
		/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours
		/ / / / /	/ / / / / <input type="checkbox"/> En cours

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

**1. Traitements concomitants depuis la dernière visite (2)**

<b>c. 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>d. 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>e. 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>f. 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:     /    

**1. Traitements concomitants depuis la dernière visite (3)**

<b>g. Antalgiques</b>		<input type="checkbox"/> Oui	<i>Si oui, compléter ci-dessous</i>
		<input type="checkbox"/> Non	
<b>Nom du traitement</b> (indiquer la DCI)	<b>Posologie moyenne</b> (nombre de comprimés/jour)	<b>Date de début</b> (jj / mm / aa)	<b>Date de fin</b> (jj / mm / aa)
		<u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u>	<u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> <input type="checkbox"/> En cours
		<u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u>	<u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> / <u>   </u> <input type="checkbox"/> En cours

<b>h. Autres médicaments</b> (quelque soit la pathologie)			<input type="checkbox"/> Oui	<i>Si oui, compléter ci-dessous</i>
			<input type="checkbox"/> Non	
<b>Nom du traitement</b> (indiquer la DCI)	<b>Posologie</b>	<b>Indication</b>		

**2. Co-morbidités / antécédents depuis la visite précédente (1)**

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

**2.1 EVENEMENTS GASTRO-INTESTINAUX GRAVES**OUI  NON *depuis la visite précédente*

Si OUI,

Ulcères Perforations Hémorragies **2.2. AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES**OUI  NON **HTA**Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

date du premier traitement / / / / / / / / / / / / / / / /

**ISCHEMIE MYOCARDIQUE**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

**ACCIDENT VASCULAIRE (AVC, AIT)**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

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

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

**INSUFFISANCE AORTIQUE**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

**AUTRE VALVULOPATHIE**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

**TROUBLE DE LA CONDUCTION**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

**PATHOLOGIE PULMONAIRE CHRONIQUE**OUI  NON Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite OUI  NON 

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

**2.3. MALADIES NEOPLASIQUES****MALADIE LYMPHOPROLIFERATIVE**OUI  NON

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

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

Si NON, laquelle.....

date du diagnostic   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

rémission complète OUI  NON

**NEOPLASIE**

OUI  NON

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

Si NON, laquelle.....

date du diagnostic   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

rémission complète OUI  NON

**2.4. TUBERCULOSE**

OUI  NON

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

Si NON, laquelle.....

primo-infection OUI  NON

tuberculose pulmonaire OUI  NON

osseuse OUI  NON

ganglionnaire OUI  NON

autre OUI  NON

si oui, préciser .....

date du diagnostic   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

**2.5. MALADIES ENDOCRINIENNES**

**DIABETE**

OUI  NON

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

Si NON, laquelle.....

Insulino-dépendant OUI  NON

date du diagnostic   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

date du premier traitement   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

**DYSTHYROÏDIE**

OUI  NON

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

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

Type .....

**HYPERCHOLESTEROLEMIE**

OUI  NON

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

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

date du premier traitement   /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  /  

**HYPERTRIGLYCERIDEMIE**

OUI  NON

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

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

date du premier traitement

/ / / / / / / / / / / /

**2.6. AFFECTIONS VIRALES**

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

**2.7. TRANSFUSION** depuis la précédente visiteOUI  NON **2.8. VACCINATION** depuis la précédente visiteOUI  NON 

anti-hépatite B

OUI  NON 

BCG

OUI  NON 

Pneumocoque

OUI  NON 

Autre (précisez.....)

OUI  NON **2.9. SYNDROME** depuis la précédente visiteOUI  NON 

Syndrome de Gougerot-Sjogren

OUI  NON

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / /

## 2. 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"/>	
▪ Nombre de grossesses (au total)	/ / /		
▪ Contraception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si oui, Laquelle			
<b>k. Toxiques</b>	OUI	NON	Ne sait pas
♦ Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
♦ Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Depuis 6 mois, 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:   /  /  

**4. Manifestations extra-articulaires**

Depuis la visite précédente du patient dans l'étude,

**4.a. Uvéite**

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

oui  non

Si OUI, - nombre d'épisodes   /  /  /    
 - durée moyenne d'un épisode   /  /  /   jours  
 - traitement reçu pour cet (ces) épisode(s) :

	oui	non
- aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 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"/>

**4.b. MICI**

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

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

- n'a jamais été porté
- était déjà connu lors de la dernière visite
- a été porté depuis 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"/>

si OUI, préciser .....

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

oui  non   
 si OUI, merci de le noter à la page 4 de ce cahier dans « Autres médicaments ».

**4.c. Psoriasis**

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

- n'a jamais été porté
- était déjà connu lors de la dernière visite
- a été porté depuis la dernière visite

**4.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 4 de ce cahier dans « Autres médicaments ».

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

## Visite M36 – 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.**

### 4.1. Données démographiques et médico-économiques

#### 1. Caractéristiques sociales :

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

#### 2. 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

#### 3. 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) : .....
- 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(

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

- 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 12 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 12 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 12 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 12 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 des 12 derniers mois, avez-vous consulté aux urgences d'un hôpital ?**

Oui  Non

**Si OUI**, veuillez préciser dans le tableau ci-dessous les circonstances de cette(ces) venue(s) aux urgences (que celle(s)-ci soi(en)t liée(s) ou non à votre 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 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) ?**

Oui  Non

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

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

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

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

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

Oui  Non

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

## 4.2. 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

## 4.3. Réveils nocturnes

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

N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

### 4.4. 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: / / / /

## 4.5. 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 accouder 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: / / /

### 4.6 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"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ êtes-vous capable de regarder dans le rétroviseur? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ êtes-vous capable de tourner votre tête pour conduire en marche arrière ? <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AUTRES ACTIVITES</b> Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ faire vos courses ? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ monter et descendre de voiture ? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ de porter des objets lourds comme 1 sac de courses plein ? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ de rester assis longtemps , par exemple au travail ? <input type="checkbox"/></li> <li>▪ de travailler à une table ou un bureau horizontal ? <input type="checkbox"/></li> </ul>	<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) .....   |
| Autre(s) <input type="checkbox"/> (préciser) ..... | Autre(s) <input type="checkbox"/> (préciser) .....   |
| 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: / / / /

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

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 <b>le temps passé</b> à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Avez-vous <b>accompli moins</b> de choses que vous auriez souhaitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Avez-vous 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: \_\_\_/      \_\_\_/

## 4.8 . 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 coté 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

## 4.9. DOULEUR

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

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: / / / /

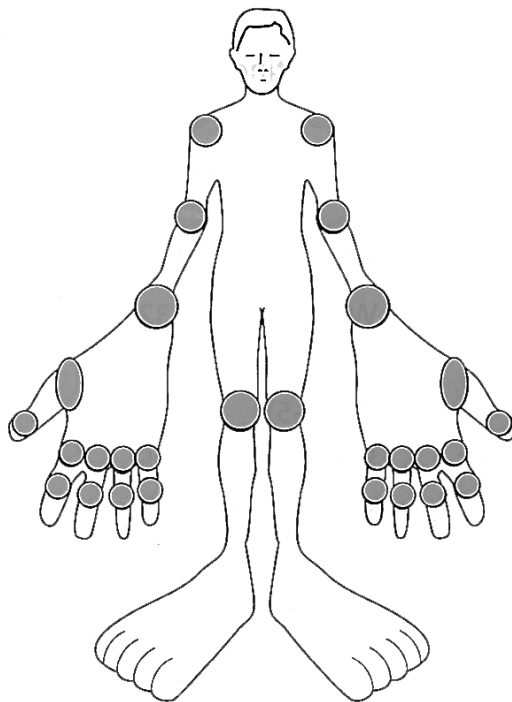
## 5. Examen clinique (1)

### 5.1. Données générales

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

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

Les 28 articulations à examiner

**Score global = / / / /**

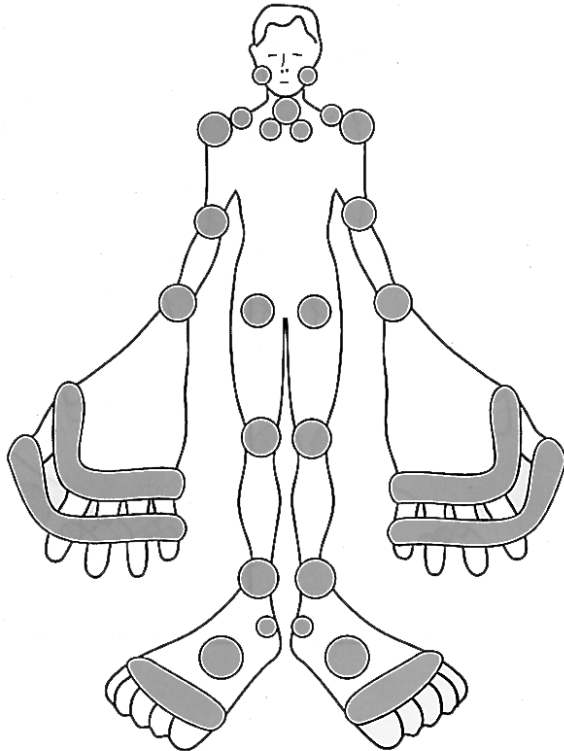
N° de centre: / / / /

N° du patient: / / / / Identification patient: / / / /

**5.3. 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-astragalienn	<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 29****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'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:   /  

**5. Examen clinique (2)**

**5.4. 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	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Septième articulation costo-chondrale	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Epine iliaque postéro-supérieure	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Epine iliaque antéro-supérieure	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Crête iliaque	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Insertion du tendon d'Achille	<u>  </u> / <u>  </u>	<u>  </u> / <u>  </u>
Epineuse de L5		<u>  </u> / <u>  </u>

**5.5. Mobilisation rachidienne**

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

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

**5. Examen clinique (2)**

**5.6 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

**5.7 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 ?

Spondylarthrite ankylosante

Rachialgie commune

Rhumatisme psoriasique

Rachialgie d'une autre origine, si oui

Spondylarthropathie associée à MICI

Préciser : .....

Arthrite réactionnelle

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 UN AN, SOIT LE :        /  /   /   /  /   / 20  /  /   /**

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

## 6. Examens complémentaires

### 6.1 Examens biologiques du centre investigateur

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

CRP

/ / / / , / / mg/l



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. Arthritis prédominant aux membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Douleurs fessières sans précision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Douleurs fessières à bascule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Doigt ou orteil en saucisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Talalgie 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. Le diagnostic retenu est celui de spondylarthropathie 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 donc le rendez-vous de la prochaine consultation, dans un an , est fixé OUI  NON

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

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

Nom de l'investigateur :

Date : / / / / 20 / /

Signature :