

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Date de consultation

/__ /__ / /__ /__ / 20|__ /__ /

1. CRITERES DE NON SUIVI :

1.1. Patient décédé

OUI NON

si OUI, motif :

date

/__ /__ / /__ /__ / 20|__ /__ /

1.2. Ne peut pas venir aux consultations

OUI NON

si OUI, motif :

1.3. Patient perdu de vue

OUI NON

date des dernières nouvelles

/__ /__ / /__ /__ / 20|__ /__ /

1.4. Rhumatisme Non PR classé de manière certaine et lié à une des étiologies suivantes :

OUI NON

si OUI, cocher au moins un des items suivants

- **Rhumatisme inflammatoire :**

- Spondyloarthrite
 - Syndrome de Reiter
 - Entérocolopathie inflammatoire
 - Rhumatisme psoriasique
 - Spondyloarthrite psoriasique
 - Spondyloarthrite ankylosante
 - Spondyloarthrite indifférenciée
 - Rhumatisme métabolique
 - Chondrocalcinose articulaire
 - Hémochromatose
 - Goutte
 - Hypercholestérolémie sévère
 - Rhumatisme à hydroxy-apatite
 - Sarcoïdose
 - Pseudopolyarthrite rhizomélisque
 - Maladie de Horton
 - Amylose
 - Autre :.....
- si oui, préciser :

Liste complémentaire page suivante

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

- **Arthrite septique et rhumatisme post-infectieux**
 - o Bactérien :
 - Maladie de Whipple
 - Streptococcique et RAA
 - Arthrites à pyogènes
 - Mycobactéries
 - Pasteurellose d'inoculation
 - Brucellose
 - Borréliose
 - Maladie de Lyme
 - Endocardite d'Osler
 - Syphilis secondaire
 - o Virale
 - HCV
 - HBV
 - HIV
 - Rubéole
 - Oreillons
 - Parvovirus B19
 - o Parasitaire
- **Connectivite et vascularite**
 - o Péri-artérite noueuse
 - o Wegener
 - o Polymyosite
 - o Sclérodermie
 - o Lupus érythémateux
 - o Syndrome de Gougerot-Sjögren primaire
 - o Autre :
Si oui, préciser :
- **Rhumatisme des hémopathies**
- **Rhumatisme des hémoglobinopathies**
- **Rhumatisme paranéoplasique**
si oui, préciser :
- **Arthrose érosive**
- **Autre :**
si oui, préciser :

**Une réponse positive justifie la sortie du patient de l'étude.
Sinon, poursuivre ce cahier.**

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

2. TRAITEMENT POUR LE RHUMATISME AYANT JUSTIFIÉ L'INCLUSION DU PATIENT DANS L'ÉTUDE.

2.1. Traitements de fond depuis la visite précédente

OUI NON

N° 1 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Date de début /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou en cours

N° 2 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Date de début /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou en cours

N° 3 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Date de début /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou en cours

N° 4 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Date de début /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /__ /__ / /__ /__ / /__ /__ / ou en cours

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Séquences thérapeutiques depuis l'inclusion

Dans le remplissage de cette partie on ne raisonne plus en termes de traitements mais en séquences thérapeutiques c'est-à-dire que l'on reporte les monothérapies et les associations et pour tout nouveau début ou arrêt de traitement on débute une nouvelle séquence thérapeutique.

Vous ne devez pas tenir compte des changements de posologie ni des arrêts de traitements de moins de 3 mois.

Exemple :

Résumé pour des informations actuellement saisies dans la base pour un des patients

Visite	Traitement	Posologie	Date de début	Déjà noté	Date de fin	En cours
6 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)	19/06/04			<input checked="" type="checkbox"/>
6 MOIS	adalimumab	40 mg/2 semaine(SC)	17/09/04			<input checked="" type="checkbox"/>
12 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
12 MOIS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)	25/02/05			<input checked="" type="checkbox"/>
12 MOIS	adalimumab	40 mg/2 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>	24/02/05	
18 MOIS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
18 MOIS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2 ANS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
2 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
3 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
3 ANS	methotrexate	20 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>	01/01/07	
3 ANS	methotrexate	17,5 mg/1 semaine(orale)	04/01/07		01/04/07	
3 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)	04/04/07			<input checked="" type="checkbox"/>
4 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
4 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
5 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
5 ANS	methotrexate	15 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>	06/04/09	
6 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6 ANS	methotrexate	10 mg/1 semaine(orale)	01/07/09			<input checked="" type="checkbox"/>
7 ANS	etanercept	50 mg/1 semaine(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>	01/01/11	<input checked="" type="checkbox"/>
7 ANS	etanercept	50 mg/10 jour(SC)	02/01/11			<input checked="" type="checkbox"/>
7 ANS	methotrexate	10 mg/1 semaine(orale)		<input checked="" type="checkbox"/>	01/04/11	
8 ANS	etanercept	50 mg/10 jour(SC)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Voici les informations traduites en séquences thérapeutiques qui seront à remplir dans le CRF de la visite à 11 ans pour ce même patient (en rouge), il faudra bien sûr ajouter les raisons d'arrêt après avoir recherché l'information dans les dossiers sources :

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input checked="" type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	19/06/2004	17/09/2004	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _
<input checked="" type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input checked="" type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	17/09/2004	24/02/2005	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _
<input checked="" type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input checked="" type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	25/02/2005	01/04/2011	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input checked="" type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input checked="" type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	01/04/2011	_ _ / _ _ / _ _	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Complétez les séquences thérapeutiques de votre patient depuis l'inclusion :

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ _ / _ _ / _ _

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : ____ / ____ / ____

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Nom de Traitement	Date de début	Date d'arrêt	En cours	Raison d'arrêt
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _
<input type="checkbox"/> Methotrexate <input type="checkbox"/> Leflunomide <input type="checkbox"/> Sulfasalazine <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine <input type="checkbox"/> Sels d'or injectable <input type="checkbox"/> Adalimumab, <input type="checkbox"/> Etanercept, <input type="checkbox"/> Infliximab, <input type="checkbox"/> Certolizumab, <input type="checkbox"/> Golimumab, <input type="checkbox"/> Abatacept, <input type="checkbox"/> Rituximab <input type="checkbox"/> Tocilizumab, <input type="checkbox"/> Autres (précisez) :	_ / _ / _ _ _	_ / _ / _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Effet secondaire <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Souhait patient <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : <hr/> <input type="checkbox"/> Patient non suivi Date de dernière visite : _ / _ / _ _ _

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

2.2. Corticothérapie depuis la précédente visite

ORALE depuis visite précédente

OUI NON

Si OUI :

Nom (DCI)

Posologie (mg/jour) Maximale /_/_/_/_/_/ Moyenne /_/_/_/_/_/

Date de début /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou en cours

Nom (DCI)

Posologie (mg/jour) Maximale /_/_/_/_/_/ Moyenne /_/_/_/_/_/

Date de début /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou en cours

Nom (DCI)

Posologie (mg/jour) Maximale /_/_/_/_/_/ Moyenne /_/_/_/_/_/

Date de début /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou en cours

Nom (DCI)

Posologie (mg/jour) Maximale /_/_/_/_/_/ Moyenne /_/_/_/_/_/

Date de début /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou déjà noté à la visite précédente

Date de fin /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/ ou en cours

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

INTRAMUSCULAIRE depuis la visite précédente

OUI NON

Si OUI : Nom (DCI)

Posologie par injection (mg) /_/_/_/_/

Nombre d'injections /_/_/_/

Date dernière injection /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/

INTRAVEINEUSE depuis la visite précédente

OUI NON

Si OUI : Nom (DCI)

Posologie par injection (mg) /_/_/_/_/_/

Nombre d'injections /_/_/_/

Date dernière injection /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/

INTRA-ARTICULAIRE depuis la visite précédente

OUI NON

Si OUI : Nom(s) (DCI)

Localisations

Posologie par injection /_/_/_/_/ mg

Nombre d'injections /_/_/_/

Date dernière injection /_/_/___/ /_/_/___/ /_/_/___/

Nom(s) (DCI)

Localisations

Posologie par injection /_/_/_/_/ mg

Nombre d'injections /_/_/_/

Nom(s) (DCI)

Localisations

Posologie par injection /_/_/_/_/ mg

Nombre d'injections /_/_/_/

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

2.3. Anti-inflammatoires non stéroïdiens depuis la visite précédente

OUI NON

N° 1 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Nombre de jours depuis la dernière visite /__ /__ /

N° 2 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Nombre de jours depuis la dernière visite /__ /__ /

N° 3 **Nom** (DCI)

Posologie par unité (cps, ampoule, perfusion,...)en ng, µg, mg, g, µl, ml
(rayer les mentions inutiles)

Nombre de fois/Unité de temps /__ /__ / (jour/semaine/mois/trimestre/semestre/année)

Voie d'administration orale , IV , IM , SC , IA , topique (rayer les mentions inutiles)

Nombre de jours depuis la dernière visite /__ /__ /

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3. CO-MORBIDITE ET ANTÉCÉDENTS

3.1. Événements gastro-intestinaux graves depuis la visite précédente OUI NON

si OUI,

- Ulcères
- Perforations
- Hémorragies

3.2. Affections cardio-vasculaires depuis l'inclusion

HTA OUI NON

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

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

Traitement médicamenteux* OUI NON

si oui, date du 1^{er} traitement /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Le/la patient(e) a un tensiomètre à son domicile : OUI NON

Si OUI, quelle est la fréquence des auto-mesures de la tension :

<1 MOIS 1-3 MOIS 3-6 MOIS 6-12 MOIS >12 MOIS

Si NON, quelle est la fréquence des mesures de la tension par le généraliste ou le cardiologue :

<1 MOIS 1-3 MOIS 3-6 MOIS 6-12 MOIS >12 MOIS

**S'assurer que le(s) traitement(s) anti-hypertenseur(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

Hypercholestérolémie OUI NON

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

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

Traitement médicamenteux* OUI NON

si oui, date du 1^{er} traitement /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

**S'assurer que le(s) traitement(s) hypocholestérolémiant(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

○ **Hypertriglycéridémie** OUI NON

Si OUI, déjà notée lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON, date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Traitement médicamenteux*

OUI NON

si oui, date du 1^{er} traitement

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

**S'assurer que le(s) traitement(s) hypotriglycéridémiant(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).*

○ **Antécédent familial de maladie coronaire**

OUI NON

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

○ **Maladie cardiovasculaire avérée**

OUI NON

Ischémie myocardique

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'angine de poitrine

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'infarctus du myocarde (syndrome coronaire aigu)

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'une coronaropathie silencieuse

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Insuffisance cardiaque

OUI NON

date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Accident vasculaire (AVC, AIT) OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'accident ischémique transitoire

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'accident vasculaire cérébral

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Maladie vasculaire périphérique

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'un anévrisme aortique

OUI NON

Si OUI, s'agit-il d'une artériopathie des membres inférieurs

OUI NON

date du diagnostic

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Un traitement à visée cardiovasculaire est-il en cours*

OUI NON

date d'initiation du traitement

/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

**S'assurer que le(s) traitement(s) à visée cardiovasculaire est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 37.e).*

Numéro centre /_/_/_/
Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.3. Maladies néoplasiques depuis la visite précédente

- **Maladie lymphoproliférative**

OUI NON

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

Si non

- laquelle.....
- date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
- rémission complète OUI NON

- **Néoplasie**

OUI NON

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

Si non

- laquelle
- date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
- rémission complète OUI NON

3.4. Tuberculose depuis la visite précédente

OUI NON

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

Si non

- primo-infection OUI NON
- tuberculose pulmonaire OUI NON
 - osseuse OUI NON
 - ganglionnaire OUI NON
 - autre OUI NON
- si oui, préciser
- date du diagnostic /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.5. Maladies endocriniennes depuis la visite précédente

- Diabète

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON,

○ Insulino-dépendant

OUI NON

○ date du diagnostic

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

○ traitement anti-diabétique

OUI NON

Si OUI, date du 1^{er} traitement */__ /__ /__ /__ /__ /__ /

en cours

OUI NON

*S'assurer que le(s) traitement(s) anti-diabétique(s) est (sont) bien renseigné(s) dans la sous-section "Autres médicaments" de cette visite (Tableau 2.4).

Le/la patient(e) a un lecteur de glycémie à son domicile

OUI NON

Si OUI, quelle est la fréquence des auto-mesures de la glycémie

Quotidienne Hebdomadaire Mensuelle Annuelle

- Dysthyroïdie

OUI NON

Si OUI, déjà noté lors de la précédente visite

OUI NON

Si NON

○ date du diagnostic

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

○ Type

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.6. Infections sévères et opportunistes depuis l'inclusion

3.6.1 Infections sévères depuis l'inclusion

OUI NON

Définition:

- Provoquent le décès
- Mettent en jeu le pronostic vital
- Nécessitent ou prolongent l'hospitalisation
- Nécessitent une antibiothérapie en IV

Si OUI,

Dates	Nature	Germes	Evolution
/_/_/ /_/_/ /_/_/	Septicémie..... <input type="checkbox"/> Arthrite septique <input type="checkbox"/> Poumon..... <input type="checkbox"/> Peau..... <input type="checkbox"/> Voies urinaires..... <input type="checkbox"/> ORL..... <input type="checkbox"/> Digestif..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> -----	Aucun..... <input type="checkbox"/> Staphylocoques <input type="checkbox"/> Streptocoques.. <input type="checkbox"/> Gram –..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----	Guérison <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----
/_/_/ /_/_/ /_/_/	Septicémie..... <input type="checkbox"/> Arthrite septique <input type="checkbox"/> Poumon..... <input type="checkbox"/> Peau..... <input type="checkbox"/> Voies urinaires..... <input type="checkbox"/> ORL..... <input type="checkbox"/> Digestif..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> -----	Aucun..... <input type="checkbox"/> Staphylocoques <input type="checkbox"/> Streptocoques.. <input type="checkbox"/> Gram –..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----	Guérison <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----
/_/_/ /_/_/ /_/_/	Septicémie..... <input type="checkbox"/> Arthrite septique <input type="checkbox"/> Poumon..... <input type="checkbox"/> Peau..... <input type="checkbox"/> Voies urinaires..... <input type="checkbox"/> ORL..... <input type="checkbox"/> Digestif..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> -----	Aucun..... <input type="checkbox"/> Staphylocoques <input type="checkbox"/> Streptocoques.. <input type="checkbox"/> Gram –..... <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----	Guérison <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/> ----- -----

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

<p>____/____/____/____/____/____/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>____/____/____/____/____/____/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>____/____/____/____/____/____/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>____/____/____/____/____/____/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

<p>/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/</p>	<p>Septicémie..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arthrite septique <input type="checkbox"/></p> <p>Poumon..... <input type="checkbox"/></p> <p>Peau..... <input type="checkbox"/></p> <p>Voies urinaires..... <input type="checkbox"/></p> <p>ORL..... <input type="checkbox"/></p> <p>Digestif..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p>	<p>Aucun..... <input type="checkbox"/></p> <p>Staphylocoques <input type="checkbox"/></p> <p>Streptocoques.. <input type="checkbox"/></p> <p>Gram –..... <input type="checkbox"/></p> <p>Autres (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Guérison <input type="checkbox"/></p> <p>Décès <input type="checkbox"/></p> <p>Séquelles (précisez) : <input type="checkbox"/></p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.6.2 Infections opportunistes *depuis l'inclusion* OUI NON

<p>- Infections bactériennes</p> <p>Angiomatose bacillaire.....</p> <p>Listériose</p> <p>Mycobacterium avium disséminé ou extra-pulmonaire</p> <p>Mycobacterium, autres espèces ou espèces non identifiées</p> <p>Nocardiose</p> <p>Pneumonie à Pneumocystis jiroveci</p> <p>Septicémie à Salmonelles.....</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>- Infections virales</p> <p>Cytomegalovirus disséminé (1)</p> <p>Atteinte systémique liée à Herpes simplex...</p> <p>Leucoencéphalopathie multifocale progressive.....</p> <p>Varicelle cutanée hémorragique ou avec atteinte viscérale.....</p> <p>Zona avec atteinte de plus d'un dermatome ou du système nerveux central ou des yeux.....</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>- Infections parasitaires</p> <p>Isosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois)</p> <p>Leishmaniose disséminée.....</p> <p>Toxoplasmose cérébrale.....</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>- Infections fongiques</p> <p>Aspergillose invasive</p> <p>Candidose œsophagienne ou disséminée.....</p> <p>Coccidioïdomycose généralisée ou extra-pulmonaire.....</p> <p>Cryptococcose extra-pulmonaire.....</p> <p>Cryptosporidiose intestinale chronique (durée supérieure à 1 mois).</p> <p>Histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire.....</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

(1) Le diagnostic de CMV disséminé est basé sur les marqueurs sanguins du CMV et sur plus d'un organe atteint.

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.7. Affections virales depuis la précédente visite

	NON	OUI déjà noté lors de la visite précédente	OUI Apparue depuis la visite précédente
<input type="radio"/> HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> HBV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> HCV chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8. Transfusion depuis la précédente visite

OUI NON

si OUI, date

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

3.9. Vaccination depuis la précédente visite

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

Si oui,

- Pneumo 23
- Prevenar 13

- Grippe OUI NON
- Fièvre jaune OUI NON
- Tétanos OUI NON
- Rougeole OUI NON
- Varicelle OUI NON
- Polyomyélite OUI NON
- Autre (précisez.....) OUI NON

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.11. Ostéoporose depuis l'inclusion

OUI NON

- Fracture et facteurs de risque de fracture

- Le patient a-t-il souffert d'une fracture non traumatique

OUI NON

Si oui,

- col du fémur OUI NON
- tête de l'humérus OUI NON
- vertèbre OUI NON
- poignet OUI NON
- côtes (3 ou plus) OUI NON
- bassin OUI NON
- autre : préciser OUI NON

- Le patient a-t-il diminué de taille >4 cm depuis l'âge de 20 ans ?

OUI NON

- Indice de Masse Corporelle (poids en kg / taille en m²) <19

OUI NON

- Traitement corticoïdes pendant ou depuis plus de 3 mois

OUI NON

- Chute >1/an ou crainte de tomber

OUI NON

- Antécédent familial de fracture de hanche

OUI NON

- Diagnostic d'ostéoporose secondaire

OUI NON

Si oui,

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

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

- **Supplémentation médicamenteuse**

OUI NON

- Calcium OUI NON
- Vit D OUI NON
- Bisphosphonates OUI NON
- Ranelate de strontium OUI NON
- Raloxifène OUI NON
- Teriparatide OUI NON
- Denosumab OUI NON

- **Densitométrie osseuse**

OUI NON

Si oui,

Tscore lombaire	Tscore fémoral	Date
/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/
/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/_/_/, /_/_/	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

3.12. Toxiques

- **Tabac** depuis l'inclusion (*fume-t-il (elle) ou a-t-il (elle) fumé ?*)

OUI NON

Si OUI,

○ date de début..... /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

○ Le/la patient(e) fume-t-il (elle) encore ? OUI NON

Si oui, nombre moyen de cigarettes par jour *depuis la précédente visite* /_/_/

Si non, date d'arrêt /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/

○ Estimation du tabagisme en paquet/année* /_/_/

**Multiplier le nombre moyen de paquet(s) consommé(s) par jour (1 paquet de cigarettes = 1/2 paquet de tabac à rouler) par le nombre d'années (Exemple : 10 cigarettes par jour pendant 30 ans = 1/2 paquet de cigarettes par jour pendant 30 ans = 15 paquet-année).*

- **Alcool**

OUI NON

Si OUI, dose moyenne (grammes/jour) depuis la précédente visite

/_/_/ /_/_/ /_/_/ g

Numéro centre /__ /__ /
 Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

3.13. Antécédents ou affections concomitantes autres (en cours ou terminés depuis la visite précédente)

Pathologie	Déjà noté lors de la visite précédente	Sinon, date de début	Date de fin ou <input type="checkbox"/> en cours
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>
.....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	-- / -- / --	-- / -- / -- <input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

4. SIGNES ASSOCIÉS ET ACTIVITÉ DE LA MALADIE

4.1. Manifestations extra-articulaires depuis la précédente visite

○ Atteinte cardio-vasculaire

Phlébite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Péricardite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Trouble de la conduction	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Trouble du rythme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Valvulopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ Atteintes cutanées et muqueuses

Alopécie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dermatite bulleuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Doigts boudinés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Eruption érythémateuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Livédo	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Lupus discoïde	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nodules rhumatoïdes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Photosensibilité	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Psoriasis	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Purpura	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prurit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Syndrome de Raynaud	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ Atteinte ganglionnaire

Adénopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Splénomégalie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ Atteinte pulmonaire

Dyspnée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pleurésie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Toux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ Manifestations neurologiques

Convulsion	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Myalgie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Polynévrite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Polyradiculonévrite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Syndrome canalaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ Atteinte oculaire

Cataracte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Conjonctivite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Episclérite-sclérite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Kératite	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Rétinopathie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Uvéïte	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

Xerophthalmie* Oui Non

*au moins une réponse positive à l'une des 3 questions :

- Avez-vous ressenti une sensation d'œil sec quotidienne, persistante et gênante depuis plus de 3 mois ?
- Avez-vous fréquemment l'impression d'avoir du sable ou du gravier dans les yeux ?
- Utilisez-vous des larmes artificielles plus de 3 fois par jour ?

○ *Atteinte ORL*

Acouphènes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Altération du goût	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Altération de l'odorat	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Gonflement des glandes salivaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Hypoacousie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Syndrome vestibulaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Xérostomie*	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

*au moins une réponse positive à l'une des 3 questions :

- Avez-vous eu quotidiennement la sensation d'avoir la bouche sèche depuis plus de 3 mois ?
- Avez-vous eu des épisodes récidivants ou permanents de gonflement des parotides à l'âge adulte ?
- Avez-vous été obligé de boire fréquemment pour aider à avaler des aliments secs ?

○ *Atteinte osseuse*

Fracture des os longs	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fracture de fatigue	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Tassement vertébral	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

○ *Atteinte rénale*

Hématurie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
HTA	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Œdèmes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Protéinurie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

4.2. Manifestations compatibles avec une spondyloarthrite depuis la précédente visite

- *Rachialgies inflammatoires* OUI NON
(douleur matinale améliorée par l'exercice, durée \geq à 3 mois)
- *Fessalgies* OUI NON
 - Unilatérales
 - Bilatérales
 - A bascule
- *Talalgies* OUI NON
- *Autre enthésiopathie* OUI NON

Si oui, Précisez :

.....

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

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

○ Réveils nocturnes liés à la douleur (nombre) /__ /__ /

○ Dérouillage matinal :

- Durée /__ /__ /__ / min

- Intensité de la raideur matinale :

Nulle | _____ | Extrême

○ Asthénie

Absente | _____ | Extrême

○ Douleur articulaire au repos

Absente | _____ | Extrême

○ Douleur articulaire à la mobilisation

Absente | _____ | Extrême

○ Appréciation globale de l'activité du rhumatisme, par le **patient**

Maladie inactive | _____ | Maladie active

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

Maladie inactive | _____ | Maladie active

Numéro centre /_/_/_/
 Numéro patient /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
 Prénom patient /_/_/_/

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

○ **Indice articulaire**

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

Les 53 articulations à examiner :

	<input type="checkbox"/> Rachis cervical	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Tempo-ro-maxillaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sterno-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Acromio-claviculaire	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ep aule	<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"/> IP P	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Han che	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sous-ast raga lienne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> M. dio- tar sienne	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> MTP	<input type="checkbox"/>

Score global = /_/_/_/_/

Numéro centre /__ /__ /
Numéro patient /__ /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR

Cahier suivi Médecin 11 ans

A cette étape de la présente consultation :

- 1. N'oubliez pas de faire remplir le cahier patient (cf. pages 681 à 711)***
- 2. De recueillir les données biologiques et radiologiques en conformité avec le protocole (cf. pages 708 -709)***
- 3. De donner votre avis sur le diagnostic du rhumatisme (cf. page 710)***
- 4. De gérer le suivi de votre patient (cf. page 711)***

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

5. DONNÉES À RECUEILLIR AUPRÈS DU PATIENT

5.1. Caractéristiques sociales

Statut marital (cocher une seule case)

- marié(e)
- concubinage
- PACS
- célibataire
- divorcé(e)
- veuf (ve)

Statut parental

nombre d'enfants /__ /__ /

Lieu d'habitation (nom et code de la commune)

..... /__ /__ /__ /__ /

Lieu de vie : Commune de (cocher une seule case)

- Plus de 50 000 habitants
- De 20 000 à 50 000 habitants
- De 5 000 à 20 000 habitants
- Moins de 5 000 habitants

Profession actuelle ou passée (cocher une seule case)

- Agriculteur
- Artisan, commerçant
- Profession libérale, cadre supérieur
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans profession

Numéro patient /__ /__ /__ /
 Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

5.2. Indice fonctionnel HAQ

Ce questionnaire est destiné à connaître les répercussions de votre maladie sur vos capacités à effectuer les activités de la vie quotidienne. Répondez à toutes les questions et n'hésitez pas à ajouter vos commentaires au dos de ce questionnaire.

Veillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des 8 derniers jours.

	Sans AUCUNE difficulté	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de le faire
S'HABILLER ET SE PREPARER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> • vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ? • vous laver les cheveux ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SE LEVER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> • vous lever d'une chaise ? • vous mettre au lit et vous lever du lit ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MANGER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> • couper votre viande ? • porter à votre bouche une tasse ou un verre plein ? • ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MARCHER Etes-vous capable de : <ul style="list-style-type: none"> • marcher en terrain plat à l'extérieur ? • monter 5 marches ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

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

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

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

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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
HYGIENE : Etes-vous capable de :				
• vous laver et vous sécher entièrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• prendre un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vous asseoir et vous relever des toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATTRAPER : Etes-vous capable de :				
• prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vous baisser pour ramasser un vêtement par terre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREHENSION Etes-vous capable de :				
• ouvrir une porte de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ouvrir et fermer un robinet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES ACTIVITES Etes-vous capable de :				
• faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• monter et descendre de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

Siège de W-C surélevé

Poignée ou barre de baignoire

Siège de baignoire

Instrument à long manche pour attraper les objets

Ouvre-pots (pour les pots déjà ouverts)

Instrument à long manche dans la salle de bain

Autre(s) (préciser) :

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

Hygiène

Saisir et ouvrir des objets

Atteindre et attraper

Courses et tâches ménagères

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

5.3. Echelle de qualité de vie SF-36

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

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre 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 12 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

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

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

Cochez la case qui correspond à votre choix

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

Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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 :*

Entourez le chiffre qui correspond à votre choix

	en permanence	très souvent	souvent	quelquefois	rarement	jamais
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vous vous êtes 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"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

	totalem vraie	plutôt vraie	je ne sais pas	plutôt fausse	totalem 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"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

5.4. EMIR court

Veillez cocher la case qui décrit le mieux vos capacités au cours des 4 dernières semaines.

AU COURS DES 4 DERNIERES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
1. Avez-vous été physiquement capable de conduire une voiture ou d'utiliser les transports en communs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Etes-vous resté(e) assis(e) ou couché(e) presque toute la journée ou toute la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous eu des difficultés à faire certaines activités physiques intenses telles que : courir, soulever des objets lourds ou faire du sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu des difficultés à marcher plusieurs centaines de mètres ou monter plusieurs étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pour marcher, avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un ou d'une canne, de béquilles ou d'un appareillage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous été capable d'écrire facilement avec un stylo ou un crayon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous été capable de boutonner facilement des vêtements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été capable de tourner facilement une clé dans une serrure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous été capable de vous peigner facilement ou brosser vos cheveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été capable d'atteindre facilement des étagères situées au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous eu besoin de l'aide de quelqu'un pour vous mettre au lit ou en sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
 Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
13. Avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vos douleurs vous ont-elles gêné(e) pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Toujours	Très souvent	Quelquefois	Presque jamais	Jamais
16. Vous êtes vous senti tendu(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous été gêné(e) par votre nervosité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu mauvais moral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous pris plaisir à vos occupations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous eu le sentiment que vous étiez une charge, un fardeau pour les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 4 DERNIÈRES SEMAINES	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
21. Vous êtes vous réuni avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous passé un moment au téléphone avec des amis ou des proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous assisté à une réunion organisée par une association sportive, politique, religieuse, etc.... ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avez-vous pensé que votre famille ou vos amis étaient attentifs à vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS
SUIVANTES SI VOUS AVEZ EXERCÉ UN
TRAVAIL RÉMUNÉRÉ, UN TRAVAIL
MÉNAGER OU UN TRAVAIL SCOLAIRE,
AU COURS DES
4 DERNIÈRES SEMAINES ?**

	Tous les jours	Presque tous les jours	Certains jours	Rarement	Jamais
25. Avez-vous été dans l'incapacité de faire un travail rémunéré, ménage ou scolaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les jours où vous travaillez, avez-vous été obligé(e) de changer de façon de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

5.5. Questionnaire EUROQOL

Veillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée (X)

Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied
- Je suis obligé(e) de rester alité(e)

Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller toute(e) seul(e)

Activités courantes (exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

Douleurs/Gêne

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs ou gêne(s) modérée(s)
- J'ai des douleurs ou gêne(s) extrême(s)

Anxiété/Dépression

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Pour vous aidez à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui.

Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé actuel.

Meilleur état de santé
imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Votre état de
santé
aujourd'hui

Pire état de santé imaginable

Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Hospitalisation

Avez-vous été hospitalisé (e) au cours des 12 derniers mois ? OUI NON

N°	Motif	Date entrée	Nb de jours	Hospitalisation de jour	Lieu
n° 1		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 2		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 3		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 4		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 5		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 6		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 7		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 8		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 9		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
n° 10		/_/_/_/_/_/_/_/_/		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Depuis 12 mois, avez-vous subi une intervention chirurgicale pour le traitement de votre polyarthrite rhumatoïde ?

OUI NON

Si OUI, laquelle ou lesquelles :

.....
Dates :		
/__ /__ /__ /__ /__ /__ /	/__ /__ /__ /__ /__ /__ /	/__ /__ /__ /__ /__ /__ /
Lieux :		
.....
Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) pour cette/ces intervention(s) ?		
/__ /__ /__ /	/__ /__ /__ /	/__ /__ /__ /

Avez-vous dû séjourner dans un centre de rééducation ? OUI NON

Si OUI, pendant combien de jours ? /__ /__ /__ /

Avez-vous été opéré(e) pour un autre motif ?

OUI NON

Si OUI, de quoi ? -
-
-

Avez-vous fait un séjour en rééducation pour cet (ces) autre(s) motif(s) ? OUI NON

Motif :

Lieu :

Nombre de nuits : /__ /__ /__ /

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Autres soins

Depuis 12 mois, avez-vous eu recours à d'autres traitements pour votre polyarthrite (en dehors d'un traitement chirurgical) ?

- . Kinésithérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__ /__ /
- . Ergothérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__ /__ /
- . Psychothérapie OUI NON Nombre de séances/6 mois : /__ /__ /
- . Autres ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? :
..... Nombre de séances/6 mois : /__ /__ /
..... Nombre de séances/6 mois : /__ /__ /

Avez-vous suivi un régime alimentaire spécial ? OUI NON

Si OUI, précisez :

Indiquer le nombre de visites que vous avez effectuées auprès des professionnels de santé suivants : (Mentionner toutes les visites, qu'elles soient ou non liées à votre polyarthrite. Ne comptez pas les consultations qui ont eu lieu pendant votre séjour à l'Hôpital.)

Type de professionnel	Nombre de visites au cours des 12 derniers mois
Rhumatologue	/ / /
Médecine interne	/ / /
Généraliste	/ / /
Chirurgien orthopédique	/ / /
Autre spécialiste (<u>précisez</u> :	/ / /
Autre spécialiste (<u>précisez</u> :	/ / /
Kinésithérapeute	/ / /
Ergothérapeute	/ / /
Assistante sociale	/ / /

Quel est votre médecin habituel (celui que vous voyez le plus souvent) actuellement ?

- je ne sais pas
 médecin généraliste
 spécialiste : quelle spécialité ?

Numéro patient /__ /__ /__ /
 Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
 Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Professionnels

Au cours des **12 derniers mois**, combien de fois avez-vous été en rapport avec une ou plusieurs des professionnels ci-dessous **pour votre polyarthrite ou pour toute autre raison vous concernant directement** :

	Nombre de fois les 12 derniers mois
Aide ménagère	/__ /__ /
Dentiste	/__ /__ /
Psychologue	/__ /__ /
Infirmière	/__ /__ /
<i>Organisations bénévoles</i>	
- Repas à domicile	/__ /__ /
- Association de malades	/__ /__ /
- Rencontres avec d'autres malades	/__ /__ /
Autres	/__ /__ /
.....	/__ /__ /

Y a-t-il d'autres personnes ou institutions avec qui vous avez été en contact au cours des 12 derniers mois et qui ne seraient pas dans cette liste ?

	Nombre de fois les 12 derniers mois
.....	/__ /__ /
.....	/__ /__ /
.....	/__ /__ /

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Situation sociale

c Revenu familial net

Quel est le revenu mensuel familial net ? Veuillez inclure les revenus de tous les membres de la famille et les revenus de tous types (cocher)

- | <i>EUROS</i> | <i>(FRANCS FRANÇAIS)</i> | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Moins de 610 | (moins de 4.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 610 et 1.220 | (entre 4.000 et 8.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 1.220 et 1.830 | (entre 8.000 et 12.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 1.830 et 2.440 | (entre 12.000 et 16.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 2.440 et 2.745 | (entre 16.000 et 18.000) | <input type="checkbox"/> |
| - plus de 2.745 | (plus de 18.000) | <input type="checkbox"/> |
| Refus de répondre | | <input type="checkbox"/> |

c Revenu personnel net

Quel est votre revenu mensuel personnel net ? Veuillez inclure les revenus de tous types (cocher)

- | <i>EUROS</i> | <i>(FRANCS FRANÇAIS)</i> | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - moins de 610 | (moins de 4.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 610 et 1.220 | (entre 4.000 et 8.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 1.220 et 1.830 | (entre 8.000 et 12.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 1.830 et 2.440 | (entre 12.000 et 16.000) | <input type="checkbox"/> |
| - entre 2.440 et 2.745 | (entre 16.000 et 18.000) | <input type="checkbox"/> |
| - plus de 2.745 | (plus de 18.000) | <input type="checkbox"/> |
| Refus de répondre | | <input type="checkbox"/> |

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Couverture sociale

Quelle sorte de couverture sociale avez-vous ? Avez-vous seulement la sécurité sociale, une mutuelle ou les deux ? cocher une seule case

- Sécurité sociale
 - Mutuelle
 - Les deux
 - Aucune
-

Précisez votre statut professionnel actuel

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

Vous avez un emploi

- Quelle profession exercez-vous ?

- Temps plein

Temps partiel % temps complet : /__ /__ / ou nombre d'heures/semaine /__ /__ /

- Exercez vous cette profession comme :

Salarié,

Si *OUI*, êtes-vous fonctionnaire ? OUI NON

A votre compte, libéral, travailleur indépendant,

Intermittent du spectacle,

Autre situation.

- Etes vous actuellement en arrêt longue durée ou longue maladie ? OUI NON

Date de début de l'arrêt /__ /__ // __ /__ // __ /__ /

La polyarthrite rhumatoïde est-elle en cause ? OUI NON

- Si non, avez-vous été en arrêt de travail durant l'année? OUI NON

Combien de jours avez-vous été en arrêt du fait de la polyarthrite? /__ /__ /__ /

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Vous êtes en invalidité

- Depuis quelle date..... /__ /__ //__ /__ //__ /__ /
- La polyarthrite rhumatoïde est-elle en cause ?..... OUI NON
- Quelle est la catégorie d'invalidité ? 1 2 3
- Avez-vous déjà changé de catégorie d'invalidité OUI NON
Si OUI, cela était-il lié à la polyarthrite ? OUI NON

A quelle date, /__ /__ //__ /__ //__ /__ /

Quelle était votre catégorie initiale.... 1 2 3

Vous êtes au chômage

Date de début, /__ /__ //__ /__ //__ /__ /

Vous êtes retraité

Date de début, /__ /__ //__ /__ //__ /__ /

Vous êtes étudiant (e)

Homme ou femme au foyer

Autre situation, Laquelle :

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

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

- Quelle est la dernière profession que vous avez exercée ?

.....

- Temps plein

Temps partiel : % temps complet : /__ /__ / ou nombre d'heures/semaine /__ /__ /

- Exerciez vous cette profession comme :

Salarié

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

A votre compte, libéral, travailleur indépendant

Intermittent du spectacle

Autre situation

Si « vous êtes en arrêt maladie », « en invalidité », « au chômage », percevez-vous des compensations financières du fait de la polyarthrite rhumatoïde ?

(plusieurs réponses possibles)

- Indemnités par l'assurance maladie (arrêts maladie, invalidité) :

Montant par mois : /__ /__ /__ /__ / / mois

- Indemnités par une assurance privée/mutuelle :

Montant par mois : /__ /__ /__ /__ / / mois

- Allocation adulte handicapée : Montant par mois : /__ /__ /__ /__ / / mois

- Autre :

Montant par mois : /__ /__ /__ /__ / / mois

Numéro patient /__ /__ /__ /

Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /

Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Aviez-vous un travail avant le début de votre polyarthrite ? OUI NON

La survenue de votre polyarthrite ou son aggravation a-t-elle eu des conséquences sur votre situation professionnelle (une seule réponse possible) ?

- Oui, j'ai dû changer de poste (mutation, etc...) sans pour autant changer de profession
- Oui, j'ai dû changer de profession sans pour autant changer le nombre d'heures travaillées (j'ai continué à travailler à temps plein ou à temps partiel).
- Oui, j'ai dû quitter un emploi à temps plein pour travailler à temps partiel.
- Oui, j'ai été licencié(e).
- Oui, j'ai été mis(e) en invalidité.
- Oui, j'ai été mis(e) en retraite anticipée. Date de début : /__ // __ // ____ /
- Autre (précisez) :

.....
.....

- Non, aucune conséquence.
- Ne me concerne pas, je n'ai jamais travaillé.

Vie sociale

- Vivez-vous en couple ? OUI NON
- Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? OUI NON
- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
- Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
- Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ? OUI NON
- Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ? OUI NON
- En cas de coup dur (financier, familial, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour
 - vous héberger quelques jours en cas de besoin ? OUI NON
 - vous apporter une aide en argent (y compris prêt) ? OUI NON
- Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? OUI NON
- Y a-t-il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ? OUI NON

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Depuis 12 mois, avez-vous dû aménager votre habitat à cause de votre polyarthrite ? OUI NON

Si OUI, comment ?

.....
.....

Si OUI, lesquels ?

.....
.....

Depuis 12 mois, avez-vous dû vous procurer des accessoires (chaussures, cannes) à cause de votre polyarthrite ? OUI NON

Si OUI, lesquels ?

.....
.....

Combien cela a-t-il coûté ? (coût total) FF ou..... Euros

Quel a été le coût à votre charge personnelle ? : FF ou..... Euros

Quel a été le coût pris en charge par la sécurité sociale ? FF ou..... Euros

Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

6. PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES SYSTEMATIQUES

Biologie usuelle sang

- NFS
 - Leucocytes /_/_/_/_/_/_/_/_ /mm³
 - Lymphocytes /_/_/_/_/_/_/_ /mm³
 - Polynucléaires neutrophiles /_/_/_/_/_/_/_ /mm³
 - Polynucléaires Eosinophiles /_/_/_/_/_/_ /mm³
 - Taux hémoglobine /_/_/_/,_/_/_ /gr/dl
 - Hémoglobine glyquée (HbA1c) /_/_/,_/_/_/_ /%
 - VGM /_/_/_/_/_ /m³
- Plaquettes /_/_/_/_/_ /10³/mm³
- VS /_/_/_/_/_ /mm (1^{ère} heure)
- CRP /_/_/_/_/_ /mg/l, seuil de positivité /_/_/_/_ /mg/l
- ASAT /_/_/_/_/_ /UI/l
- ALAT /_/_/_/_/_ /UI/l
- Créatinine /_/_/_/_/_/_ /mmo/l
- Glycémie **à jeun** /_/_/_/_/_ /,_/_/_/_/_ /mmo/l
- Triglycérides /_/_/_/_/_/_ /mmo/l
- Cholestérol total /_/_/_/_/_/_ /mmo/l
- HDL cholestérol /_/_/_/_/_/_ /mmo/l
- LDL cholestérol /_/_/_/_/_/_ /mmo/l
- Ferritinémie /_/_/_/_/_/_/_/_ /µg/l
- Dosage vitamine D /_/_/_/_/_/_/_/_ /nmol/l

Immunologie

- Facteur rhumatoïde classe IgM /_/_/_/_/_/_/_ /U/ml, seuil de positivité /_/_/_/_ /U/ml
- Anti-CCP /_/_/_/_/_/_/_ /U/ml, seuil de positivité /_/_/_/_ /U/ml

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

7. EXPLORATIONS A VISEE STRUCTURALE

Radiographies standard ou numérisées 1/1 (datant de moins de 15 jours)

Radiographies standard des mains et des pieds OUI NON

Si oui, avez-vous noté des érosions OUI NON

NB : Pour les patients qui réalisent leurs clichés avant de venir en consultation ESPOIR pensez à prescrire en plus des radios des mains et des pieds face et des radios du rachis cervical pour la visite des 12 ans !

Numéro patient /__ /__ /__ /
Numéro centre /__ /__ /

Nom du patient /__ /__ /__ /
Prénom patient /__ /__ /

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

8. Au terme de cette consultation, le diagnostic du rhumatisme

8.1. Selon les critères de l'ACR 1987 pour la polyarthrite rhumatoïde :

(données recueillies ce jour)

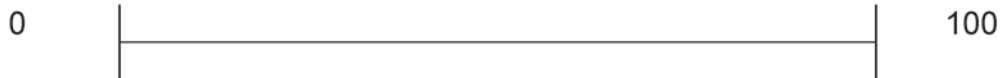
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Raideur articulaire matinale | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Arthrite d'au moins 3 groupes articulaires | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Arthrite des articulations de la main | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Arthrite symétrique | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Nodules rhumatoïdes | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Facteur rhumatoïde sérique | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Modifications radiologiques typiques | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

8.2. Selon votre opinion :

8.2.1. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde vous semble

0 = exclu

100 = certain



8.2.2. Le diagnostic d'une affection autre

Est exclu

Est envisageable

Citez l'affection à laquelle vous pensez

Le diagnostic de l'affection envisagée vous semble :

0 = exclu

100 = certain



Numéro patient /_/_/_/_/_/
Numéro centre /_/_/_/_/_/

Nom du patient /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/
Prénom patient /_/_/_/_/_/

ESPOIR *Cahier de Suivi Patient 11 ans*

Au terme de cette consultation :

1. Le dossier patient a été correctement complété OUI NON

2. le rendez-vous pour la prise de sang usuelle lors de la prochaine consultation est organisée OUI NON

3. Le rendez-vous pour la prochaine consultation, dans 1 an, est fixé OUI NON

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

Vous devez rentrer les données de cette consultation dans le dossier informatique.

Attention à la prochaine visite (12 ans) !

1. il est prévu un examen biologique usuel
2. il est prévu un examen radiographique centralisé (radios habituelles + rachis cervical)
3. il n'est pas prévu d'examens biologiques centralisés