

VISITE DE SUIVI

6 MOIS

Nom du patient

(3 premières lettres)

/ / /

Prénom du patient

(3 premières lettres)

/ / /

Question Qualité de vie à rajouter dans chaque visite de suivi :

1. Globalement, Comment évaluez-vous votre état de santé depuis la dernière visite :

1 2 3 4 5 (Pas satisfaisant / Un peu / equivalent / Bon / Tres satisfaisant)

2. Selon les domaines , quelle est votre évaluation de :

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------|------------|------------------------|
| 1. mobilité * | 1=aucune gêne / | 2 / | 3= très mauvais |
| 2. autonomie* | 1=aucune gêne / | 2 / | 3= très mauvais |
| 3. activités courantes* | 1=aucune gêne / | 2 / | 3= très mauvais |
| 4. douleur * | 1=aucune gêne / | 2 / | 3= très mauvais |
| 5. anxiété/dépression* | 1=aucune gêne / | 2 / | 3= très mauvais |

3. EVA qualité de vie 0 (pire état de santé) jusqu'à 100 (état idéal)

Diagnostic PR (1/3)

8. Activité de la maladie (le jour de la visite)

- Nombre d'articulations gonflés (/28) |_|_|_|
- Nombre d'articulations douloureuses (/28) |_|_|_|
- VS (mm 1st H) : date |_|_|_|_|
- CRP mg/deciliter |_|_|_|, |_|_| **mg/l** |_|_|_|, |_|_|
- EVA patient (0-10)
- EVA appréciation médecin (0-10)
- EVA Fatigue (0/10)
- Poids en kg / |_|_|
- Taille en cm (données prise en DMO) : / |_|_|
- BMI en kg/m² / |_|_|
- PAS en mmgh |_|_|
- PAD en mmgh / |_|_|

Pression artérielle prise après 5 min de décubitus dorsal

Diagnostic SpA (2/2)

/

Activité de la SpA (le jour de la visite)

BASFI (0-10) =

BASDAI (0-10) = NSP /_ / DM /_ /

ASDAS CRP (0-10) =

Evaluation de la fatigue (EVA 0-10) =

Nombre d'articulations gonflés (/28) /_ /_ /

Nombre d'articulations douloureuses (/28) /_ /_ /

VS (mm 1st H) /_ /_ /_ /

CRP (mg/deciliter) mg/l /_ /_ /, /_ /

Poids en kg / _ /

Taille en cm (données prise en DMO) : /_ /

BMI : /_ /

PAS en mmgh /_ /

PAD en mmgh /_ /

Pression artérielle prise après 5 min de décubitus dorsal

Indice de Schober (cm) _____

DDS (cm) _____

Nombre d'articulations douloureuses ____ /28

Indice d'articulations synoviales _____

Indice enthésique _____

Comorbidités (1/1)

EXISTE TIL DE NOUVELLES COMORBIDITES ? si oui

Maladies et FDR cardiovasculaires

1. **HTA** OUI /_/_/ NON /_/_/

Si oui : date du diagnostic : /_/_//_/_//_/_/_/

Traité /_/_/ Non traité /_/_/
2. **Diabète :** OUI NON

Si oui : préciser le type : 1 2

date du diagnostic : /_/_//_/_//_/_/_/
3. **Tabagisme** actuel ou sevré <1 an OUI NON

Si oui : nombre de paquets/années /_/_/
4. **Cardiopathie systémique** OUI NON

Si oui : date de diagnostic _/_/ _/_/ _/_/_
5. **Infarctus du myocarde** OUI NON

Si oui : date de diagnostic _/_/ _/_/ _/_/_
6. **AVC** OUI NON

Si oui : date de diagnostic _/_/ _/_/ _/_/_
7. **Trt anti-agrégant plaquettaire en cours** OUI NON

Si oui : nom :

Posologie (mg) : _____
8. **ATCD familial** au 1° degré de maladie coronarienne ou AVC Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
9. **Sédentarité** (absence d'activité physique régulière soit inférieure à environ 30 minutes, 3 fois par semaine) Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
10. **Quantiféron** + /_/_/ - /_/_/ Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
11. **Hypercholestérolémie** Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
12. Est-elle traitée ? Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
13. Date de diagnostic Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
14. **Hypertriglycéridémie** Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
15. Est-elle traitée ? Oui /_/_/ Non /_/_/ DM /_/_/
16. Date de diagnostic /_/_/ _/_/ _/_/_/
17. Dernière vaccination

Pneumocoque	date / _ / _ / _ / _ /	Jamais / _ /	DM / _ /
Grippe	date / _ / _ / _ / _ /	Jamais / _ /	DM / _ /

Maladies associées

Antécédent infectieux

Tuberculose pulmonaire

OUI NON

Si oui : Date Localisation Traitement : Oui / _ / Non / _ /

Préciser le traitement :

Antécédents de notion d'IDR positive à la tuberculine et/ou de test au
Quantiferon positif OUI / _ _ / NON / _ _ / NSP / _ _ /

DM

si oui, est-ce qu'un traitement préventif a été donné ?

si oui Type de traitement Durée

Hépatite Oui / _ / Non / _ / DM / _ / Date / _____ /

Hépatite B

- Diagnostic fait Oui / _ / Non / _ / DM / _ / Date / _____ /
- Dernier contrôle date Jamais

Hépatite C

- Diagnostic fait OUI NON Date / _____ /
- Dernier contrôle date Jamais

Dernière visite chez le dentiste

date

NSP

Cancers

- Diagnostic fait Oui / _ / Non / _ / Si oui : Date / _____ /
- Type du cancer :

1 Sein NSP / _ / DM / _ /

2 colon NSP / _ / DM / _ /

3 utérus NSP / _ / DM / _ /

4 prostate NSP / _ / DM / _ /

5 poumon NSP / _ / DM / _ /

6 lymphomes NSP / _ / DM / _ /

7 autres NSP / _ / DM / _ /

Dépression

- Diagnostic fait Oui / _ / Non / _ / Date / _____ /
- Prise d'antidépresseurs Présent Passé Jamais NSP / _ / DM / _ /

BPCO

- Diagnostic fait Oui /_/ Non /_/ Date /_____/
- Prise d'un traitement Présent Passé NSP /_/ DM /_/

ULCERE

- Diagnostic fait Oui /_/ Non /_/ DM /_/ NSP /_/ Date /_____/
- Dernier contrôle date Jamais

DIVERTICULITE colique

- Diagnostic fait Oui /_/ Non /_/ DM /_/ NSP /_/ Date /_____/
- Dernier contrôle date Jamais

Ostéoporose

Oui /_/ Non /_/ NSP /_/ Si oui : Date /_____/

ATCD de fracture ostéoporotique * exclusion des fractures de la face, crane, doigts et orteils) : poignet, TV, ESF : localisation

- Diagnostic fait OUI NON
Si oui, Diagnostic par DMO

ATCD de fracture

Oui /_/ Non /_/ NSP /_/

- **Ménopause** OUI NON Date de ménopause

- **Traitement anti ostéoporotique** en cours Oui /_/ Non /_/ NSP /_/

- **DMO** réalisé Oui /_/ Non /_/ NSP /_/ Date /_____/

Fibromyalgie Oui /_/ Non /_/ NSP /_/ Si oui : Date du dc /_____/

Histoire des biothérapies (2/2)

Bilan pré-thérapeutique pour la biothérapie actuelle

Nouveau traitement si oui :

Nom de la biothérapie

Date d'initiation du traitement :

	DATE	Oui	valeur	Non	NSP
Hémogramme					
HB (mg/l)					
VGM					
CCMH					
GB (/mm3)					
PQ (mm3)					
Electrophorèse des protides sériques					
Transaminases					
Sérologie des hépatites B et C					
Sérologie VIH (après accord patient)					
Ac anti-nucléaires					
Ac anti-ADN natifs					
Radiographie de thorax					
Intradermoréaction à la tuberculine (5 Unités)					
Contrôle et mise à jour des vaccinations					
Quantiféron					
ECBU					
TPHA VDRL					
VS (mm)					
Cholestérol total (g /l)					
Triglycérides (g /l)					
HDL cholestérol (g /l)					
LDL cholestérol (g /l)					
Glycémie (g /l)					
CRP (mg /l)					
Uricémie (mg/l)					
Créatininémie ((mmol/l)					
Calcémie (mmol/l)					
Phosphorémie (mmol/l)					
Albumine (mg/l)					
Vit 25D (ng/ml)					
PTH (g /l)					

Evènements indésirables apparus pendant la biothérapie actuelle (1/5)

Infections OUI NON Si oui : Date /_____/

Infections non spécifiques OUI NON Date /_____/

Siège :

Infection communautaire respiratoire OUI NON Si oui : Date /_____/

NSP /_/

Pneumonie interstitielle

à germes intra cellulaires OUI NON Date /_____/

NSP /_/

Infection urinaire OUI NON Date /_____/

Infection digestive OUI NON Date/_____/

Infection ORL OUI NON Date /_____/

Infection articulaire OUI NON Date /_____/

Autres OUI NON Date /_____/

Si oui précisez lesquelles

Tuberculose OUI NON Si oui : Date /_____/

Siège :

pulmonaire OUI NON Date /_____/

Extra-pulmonaire OUI NON Date /_____/

Si oui précisez lesquelles

Preuve diagnostique : Bactériologie Histologie Présomption NSP

IDR : mm NSP /_/ Quantiféron : UI

Tuberculose maladie OUI NON Si oui : Date /_____/

Si oui, préciser :

siège,

date,
traitement reçu NSP /__/

Evènements indésirables apparus pendant la biothérapie (2/5)

Tuberculose latente OUI NON Date /_____/

NSP /__/

Si oui, Prophylaxie reçue OUI NON Date /_____/

Type de prophylaxie : 3RH OUI NON Date /_____/

9H OUI NON Date /_____/

autre OUI NON NSP Date /_____/

Si oui, préciser

Mycobactéries atypiques OUI NON NSP Date /_____/

Germe :

Siège :

Infections fongiques OUI NON NSP Date /_____/

Germe :

Siège :

Infections virales OUI NON Date /_____/

Type : Zona Varicelle CMV Epstein Barr Virus (EBV)

Autres

Cancers

Cancers OUI NON NSP Date /_____/

Cancers solides : OUI NON Date /_____/

Siège :

Type histologique :

Cancers cutanés : OUI NON Date /_____/

Carcinomes cutanés (basocellulaires et spinocellulaires)

Mélanome

Lymphomes OUI NON NSP Date /_____/

Type : Hodgkinien Non Hodgkinien

Siège :

Autres hémopathies malignes OUI NON NSP Date /_____/

/ / / /	/ / / /
Nom	Prénom
/ / / / / / / /	/ / / / / / / /
Ville / Center	Numéro Patient

Type : Leucémie Leucémie lymphoïde chronique
 Myélome Gammopathie monolonale type MGUS
 Autres Si oui à préciser

Evènements indésirables apparus pendant la biothérapie (3/5)

Effets paradoxaux OUI /_/_/ NON /_/_/ NSP /_/_/

Réactions cutanées OUI /_/_/ NON /_/_/ NSP /_/_/ Date /_____/

Type : Psoriasis et éruptions psoriasiformes Eczémas
 Réactions lichénoïdes Granulome annulaire
 Dermatite interstitielle granulomateuse Nodules rhumatoïdes
 Autres
 Si oui à préciser

Uvéite paradoxale OUI NON NSP Date /_____/

Sarcoïdose OUI NON NSP Date /_____/

Vascularite OUI NON NSP Date /_____/

Si oui type :

Colite inflammatoire (Crohn, RCH) OUI NON NSP Date /_____/

Pathologie auto-immune

Maladie démyélinisante OUI NON Date /_____/

Type : Sclérose en plaques

Neuropathies démyélinisante inflammatoire

Leuco-Encéphalopathie Multi-Focale Progressive (LEMP)

Syndrome des anti-phospholipides OUI NON NSP Date /_____/

Lupus induit OUI NON NSP Date /_____/

Ac anti-chimériques OUI NON NSP Date /_____/

Autres (à remplir si sexe féminin)

Grossesse : OUI NON Si oui Date /_____/

Contraception : OUI NON Si oui

Type : Pilule

Mécanique

Autres Si oui à préciser

Devenir de la grossesse : Interruption thérapeutique Fausse couche Naissance normale

Malformation spécifique (préciser)

Evènements indésirables apparus pendant la biothérapie (4/5)

Réactions à la perfusion OUI / _ / NON / _ /

Intolérance immédiate OUI / _ / NON / _ / NSP / _ /

Si oui : Date / _____ /

Sévérité :

Modérée

- Fièvre / _ /
- Frissons / _ /
- Nausées – vomissements / _ /
- Céphalées / _ /
- Prurit - Erythème / _ /
- Urticaire / _ /

Sévère

- Exanthème / _ /
- Douleur thoracique / _ /
- Palpitation / _ /
- Dyspnée / _ /

Grave

- Hypotension / _ /
- Bronchospasme / _ /
- Etat de choc / _ /
- Décès / _ /

Evènements indésirables apparus pendant la biothérapie (5/5)

Intolérance retardée (3 à 12 jours après injection) OUI NON NSP
Si oui : Date / _____ /

Type : Arthromyalgies , Fièvre Eruption cutanée (urticaire)
 Œdème de Quincke Autres (à préciser)

Pathologie iléo-colique (diverticulite) OUI NON NSP
Date / _____ /

Pathologie hépatique OUI NON NSP Date / _____ /

Si oui, préciser valeur : ASAT : ALAT : Bilirubine : GGT :

Anomalies hématologiques

Leucopénie: OUI NON NSP Date / _____ /

Neutropénie : OUI NON NSP Date / _____ /

Thrombopénie : OUI NON NSP Date / _____ /

Dyslipidémies OUI NON NSP Date / _____ /

Si oui, préciser valeur : Cholestérol Total : LDL-Cholestérol : HDL-Cholestérol :

Evènements cardiovasculaires : OUI NON Date / _____ /

Si oui, préciser : angor IDM AVC Autres

Autres NSP

/ / / /	/ / / /
Nom	Prénom
/ / / / / /	/ / / / / /
Ville / Center	Numéro Patient

VISITE DE SUIVI