

Diagnostic PR (1/3)

Caractéristiques de la PR

PR OUI NON

Si oui :

• Caractéristiques de la PR

1. Date du début des symptômes j_j_ m_m_ a_a_a_a_ NSP

2. Date du diagnostic __ __ ____ NSP

3. Date du début de biothérapie actuellement encours

j_j_ m_m_ a_a_a_a_ NSP

4. Facteurs rhumatoïdes

Merci de cocher une seule case

1. Séronégatif

2. séropositif

3. DM

5. Ac antiCCP

Merci de cocher une seule case

1. Non fait

2. Négatif

3. DM

4. Positif entre 1 et 3 fois la norme supérieure du laboratoire

5. Positif entre 3 et 10 fois la norme supérieure du laboratoire

6. Positif à plus de 10 fois la norme supérieure du laboratoire

DM

Histoire des biothérapies (2/2)

Bilan pré-thérapeutique pour la biothérapie actuelle

	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 (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 /_____/_____/_____
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

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

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 <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	CMV <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>		Epstein Barr Virus (EBV) <input type="checkbox"/>
Cancers		
Cancers	OUI NON NSP	Date /_____/
Cancers solides :	OUI NON	Date /_____/
Siège :		
Type histologique :		
Cancers cutanés :	OUI NON	Date /_____/
Carcinomes cutanés (basocellulaires et spinocellulaires) <input type="checkbox"/>		
Mélanome <input type="checkbox"/>		
Lymphomes	OUI NON NSP	Date /_____/
Type : Hodgkinien <input type="checkbox"/>	Non Hodgkinien <input type="checkbox"/>	
Siège :		
Autres hémopathies malignes	OUI NON NSP	Date /_____/

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

FIN DE LA VISITE DE SUIVI