

Visite d'inclusion

Votre patient va être inclus dans le registre national ART car vous introduisez un nouvel anti-TNF en traitement de sa polyarthrite rhumatoïde. Un attaché de recherche clinique viendra collecter les données nécessaires à la constitution du registre à partir du dossier médical. Afin de garantir un maximum d'exhaustivité, **merci de recueillir et de consigner dans le dossier médical les informations nécessaires à l'initiation de l'anti-TNF et au suivi du patient.**

Pour cela, vous pouvez vous **compléter la fiche ci-dessous et laisser dans le dossier médical ou vous en servir pour consigner dans le dossier médical ou le compte rendu tout ce qu'elle contient.**

Nom:	Prénom:
Date de naissance :	N° Patient:

Date de la consultation: |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Date de début du traitement (si différente): |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

NAD/28:..... NAG/28:..... EVA Pat/100:..... EVA Med/100:.....

VS:..... CRP:..... DAS28 VS:..... DAS28 CRP:.....

Anti-TNF prescrit:..... Posologie:.....
(nom commercial)

sDMARD associé:..... Posologie:.....

Corticothérapie associée: Oui Non Posologie:.....

Autres traitements pris ou ordonnance.....
.....

Veillez garder une copie de toutes les **analyses sanguines** récentes apportées par le patient et des **ordonnances remises** au patient ce jour dans le dossier médical

Caractéristiques de la PR

Date du diagnostic de PR	_ _ _ _ _ _ _ _
Présence de FR	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Présence d'ACPA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Présence d'érosions	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Présence de signes extra-articulaires (nodules rhumatoïdes, vascularite, amylose, psoriasis, atteinte ophtalmologique, syndrome de Felty...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez:
Maladies auto-immunes associées (Gougerot-Sjögren, lupus, hépatite auto-immune, diabète type 1, thyroïdite, Sharp, polymyosite, SEP, sclérodermie, autre...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez:
Traitements de fond reçus antérieurement (y compris biothérapies antérieures, précisez dates et motifs d'arrêt):			

Antécédents

FDR cardiovasculaires:			
Tabac	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nombre de PA: Fibrates <input type="checkbox"/> Statines <input type="checkbox"/>
Dyslipidémie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
HTA	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
ATCD familiaux d'infarctus/mort subite	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Maladies cardiovasculaires:			
Infarctus/angor	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
AVC/AIT	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Insuffisance cardiaque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
AOMI	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Maladies pulmonaires: (insuffisance respiratoire, BPCO, DDB, asthme, pneumopathie interstitielle, nodules rhumatoïdes)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Pathologies hépatiques: (hépatites virales, hépatites auto-immunes, autre,...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Pathologie rénale: (glomérulonéphrite, néphrite interstitielle, insuffisance rénale chronique, amylose, autre...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisez:

Pathologies digestives: (perforation digestive, diverticules, UGD,...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Cancers/hémopathies (cancers solides, hémopathies bénignes et malignes, tumeurs cutanées...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez (stade, statut, ancienneté):
Maladies démyélinisantes du SN (central ou périphérique y compris antécédents familiaux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Infections sévères, opportunistes ou récurrentes (infections nécessitant une hospitalisation ou antibiotiques IV, infections opportunistes type fongique, mycobactérie, ou récurrentes type herpes, zona...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Patient VIH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Facteurs de risque d'infection (ulcères cutanés, sonde urinaire, matériel suspect d'infection)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Ostéoporose	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez les sites fracturaires, les traitements:
Chirurgie (en rapport ou sans rapport avec la PR)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez les antécédents chirurgicaux:
Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Quantiféron <input type="checkbox"/> IDR <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>	Précisez traitement prophylactique: type date et durée
Résultats Radio de thorax	Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/>	Précisez l'anomalie:
Résultats bilan biologique pré-anti-TNF	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Précisez si anormal:
Vaccinations: DTP à jour Prevnar 13/Pneumo 23 fait ou prescrit Grippe faite ou prescrite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date