

Visite de suivi à | ___ | ans de la prescription initiale

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

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

Votre patient a été inclus dans le registre ART car il reçoit (a reçu) un anti-TNF en traitement de sa PR. 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 au suivi du patient. Pour cela, vous pouvez vous **compléter la fiche ci-dessous et la laisser dans le dossier médical ou vous en servir pour consigner dans le dossier médical ou le compte rendu tout ce qu'elle contient**

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

Modifications thérapeutiques dans l'année : OUI NON

La biothérapie a-t-elle été modifiée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui: Arrêt <input type="checkbox"/> Diminution <input type="checkbox"/> Augmentation <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez Date de la modification Motif DAS28 au moment du changement Si arrêt de la biothérapie, précisez Motif : inefficacité / échappement secondaire / effet indésirable / rémission / autre (précisez)
Introduction d'une autre biothérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui: Nom de la biothérapie: Posologie Date d'introduction: Motif d'introduction: DAS28 au moment de l'introduction: Traitement de fond associé: Posologie de la corticothérapie associée:
Le traitement de fond associé à la biothérapie a-t-il été modifié ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date de modification: Précisez les modifications et motifs:
De la corticothérapie associée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> pas de CT associée <input type="checkbox"/>	Précisez les modifications et motifs:

A cette consultation:

NAD/28:.....	NAG/28:.....	EVA Pat/100:.....	EVA Med/100:.....
VS:.....	CRP:.....	DAS28 VS:.....	DAS28 CRP:.....
Effet de la biothérapie sur la PR: Rémission <input type="checkbox"/> Efficacité partielle <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> Echappement secondaire <input type="checkbox"/>		Effet de la biothérapie sur les signes extra-articulaires: Disparition <input type="checkbox"/> Efficacité partielle <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/>	

La biothérapie est-elle modifiée lors de cette consultation ? Si oui: Arrêt Diminution Augmentation

Oui Non Motif ?

biothérapie prescrite:..... Posologie:.....

sDMARD associé:..... Posologie:.....

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

Vaccinations prescrites: Oui Non Lesquelles:.....

Evènements indésirables depuis la dernière consultation:

Réactions aux points d'injection	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez l'étendue, les conséquences:
Evènements infectieux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez la nature des évènements infectieux, la sévérité, l'évolution: Antibiothérapie IV ? Hospitalisation du fait de l'infection ?
Cancer/hémopathie (cancers solides, hémopathies bénignes et malignes, tumeurs cutanées...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez si apparu depuis la dernière fois ou évolution si déjà connu:
Maladie cardio-vasculaire (Infarctus, poussée d'insuffisance cardiaque, AVC,...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez les nouveaux évènements:
Manifestations thrombo-emboliques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Interventions chirurgicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez le type, les complications éventuelles, dates, l'arrêt des anti-TNF:
Hospitalisations	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez le nombre, le motif, dates:
Fractures ostéoporotiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez:
Autres manifestations - cutanées (vascularite, psoriasis, toxidermie, infections, tumeurs...) - digestives (ulcère, diverticulite, ...) -ophtalmologique (sclérite, uvéite) -neurologique (démyélinisante,...) - immunité induite (lupus induit, psoriasis paradoxal, vascularite,...) -autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez, nature, date, diagnostic, évolution, séquelles, conséquences vis à vis du traitement de la polyarthrite: