

CF 26/09/2012 : Questionnaire Maladies inflammatoires rhumatologiques

1 - Introduction

2 - Diagnostic

3 - Traitement

4 - Alimentation

5 - Antécédents familiaux

6 - Médecin traitant

7 - Commentaires

Introduction

Vous allez voir défiler une série d'écrans présentant des questions sur **votre état de santé, concernant spécifiquement les maladies inflammatoires rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrites, lupus,...)**. Soyez aussi précis que possible en répondant aux questions. Ces données médicales sont très importantes pour permettre aux chercheurs de comprendre les relations entre la nutrition et les maladies inflammatoires.

Ne vous découragez pas devant les tableaux de questions, ils sont faciles à remplir.

Si vous avez présenté une ou plusieurs maladies parmi celles répertoriées dans le questionnaire, il vous sera demandé des précisions supplémentaires sur votre prise en charge médicale et thérapeutiques. **Aidez-vous des emballages des médicaments ou des ordonnances en votre possession.** Nos médecins auront aussi besoin de collecter des informations complémentaires soit grâce aux **comptes rendus médicaux en votre possession**, soit auprès de votre **médecin traitant**, afin de caractériser de la façon la plus précise possible votre pathologie (informations relatives aux examens biologiques réalisés, aux critères diagnostiques retenus, etc...). Pour cela, nous vous demandons de bien vouloir **remplir et signer le consentement dans votre dossier médical complémentaire, et de nous transmettre les documents en votre possession qui pourraient nous aider.**

Suite 

- 1 - Introduction
- 2 - Diagnostic**
- 3 - Traitement
- 4 - Alimentation
- 5 - Antécédents familiaux
- 6 - Médecin traitant
- 7 - Commentaires

Diagnostic

Vous a-t-on déjà diagnostiqué l'une (ou plusieurs) des maladies suivantes ?

- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Rhumatisme associé au psoriasis
- Rhumatisme associé à la maladie de Crohn, à la rectocolite hémorragique (RCH)
- Syndrome SAPHO
- Autre spondylarthropathie
- Lupus érythémateux disséminé/systemique (lupus, LED, LES)
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Sclérodermie, syndrome CREST
- Maladie de Horton
- Pseudo-polyarthrite rhizomélique
- Goutte
- Chondrocalcinose
- Je ne souffre actuellement d'aucune des maladies mentionnées ci-dessus

Polyarthrite rhumatoïde :

En quelle année les symptômes de cette maladie ont-ils commencé ?

2004

En quelle année le diagnostic de cette maladie a-t-il été fait ?

2005

Par qui cette maladie a-t-elle été diagnostiquée (une seule réponse possible) ?

- Mon médecin traitant
- Un médecin généraliste autre que mon médecin traitant
- Un rhumatologue dans un cabinet de ville
- Un rhumatologue hospitalier
- Autre

Lorsque la maladie a été diagnostiquée, avez-vous été hospitalisé(e) ?

- Oui
- Non

Par quel professionnel de santé êtes-vous suivi(e) actuellement pour cette (ces) maladie(s) ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Mon médecin traitant
- Un médecin généraliste autre que mon médecin traitant
- Un rhumatologue dans un cabinet de ville
- Un rhumatologue hospitalier
- Autre
- Aucun

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Diagnostic
- 3 - Traitement**
- 4 - Alimentation
- 5 - Antécédents familiaux
- 6 - Médecin traitant
- 7 - Commentaires

Traitement

Actuellement, prenez-vous des médicaments spécifiquement pour cette (ces) maladie(s) ?

- Oui
 Non

**Si oui, veuillez indiquer lesquels :
Traitements de fond**

- Abatacept (ORENCIA)
- Adalimumab (HUMIRA)
- Allopurinol (ZYLORIC)
- Anakinra (KINERET)
- Azathioprine (IMUREL)
- Certolizumab (CIMZIA)
- Ciclosporine (NEORAL, SANDIMMUN)
- Cyclophosphamide (ENDOXAN)
- Etanercept (ENBREL)
- Fébuxostat (ADENURIC)
- Hydrochloroquine (PLAQUENIL)
- Infliximab (REMICADE)
- Leflunomide (ARAVA)
- Methotrexate (IMETH, LEDERTREXATE, METOJECT, NOVATREX)
- Mycophenolatémofétil (CELLCEPT)
- Rituximab (MABTHERA)
- Sels d'or (ALLOCHRYSSINE)
- Sulfasalazine (SALAZOPYRINE)
- Tocilizumab (ROACTEMRA)

Traitements symptomatiques

- Corticoïdes (ex. CORTANCYL, MEDROL, SOLUPRED)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (ex. VOLTARENE, BI-PROFENID, KETUM, FELDENE, BREXIN, CELEBREX, ARCOXIA, APRANAX)
- Antalgiques simples seuls ou en association (ex. DOLIPRANE, TOPALGIC, TRAMADOL, PARACETAMOL, CODEINE, IXPRI, CONTRAMAL, ZALDIAR)
- Antalgiques opiacés forts (ex. ACUPAN, SKENAN, ACTISKENAN, ACTIQ, SEVREDOL, MOSCOTIN, OXYCONTIN, OXYNORM, TEMGESIC, DUROGESIC)
- Autres

1 - Introduction

2 - Diagnostic

3 - Traitement

4 - Alimentation

5 - Antécédents familiaux

6 - Médecin traitant

7 - Commentaires

Alimentation

Depuis que cette (ou ces) maladie(s) a(ont) été diagnostiquée(s), avez-vous modifié votre comportement alimentaire ?

- Oui
 Non

De quelle façon ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Je suis un régime pauvre en sel
 Je suis un régime pauvre en sucres
 J'ai éliminé certains aliments de mon alimentation habituelle
 J'ai introduit de nouveaux aliments dans mon alimentation habituelle
 Je prends de l'acide folique en complément de mon traitement de fond (SPECIAFOLDINE, FOLINORAL)
 Je prends des compléments alimentaires autres du commerce (compléments multivitaminés, par exemple)
 Je mange moins
 Je mange plus

Ces modifications ont-elles été conseillées par un médecin ?

- Oui
 Non

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Diagnostic
- 3 - Traitement
- 4 - Alimentation
- 5 - Antécédents familiaux**
- 6 - Médecin traitant
- 7 - Commentaires

Antécédents familiaux

L'un de vos proches (parents biologiques) souffre-t-il de l'une des maladies suivantes ?

| | Père | Mère | Nombre de frères | Nombre de sœurs | Nombre de fils | Nombre de filles |
|--|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Polyarthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Spondylarthrite ankylosante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rhumatisme lié au psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rhumatisme lié à la maladie de Crohn, à la rectocolite hémorragique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Syndrome SAPHO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Lupus érythémateux disséminé/systemique (LED, LES, lupus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Syndrome de Gougerot-Sjögren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Sclérodémie, syndrome CREST | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Maladie de Horton, pseudo-polyarthrite rhizomélique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Goutte | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Chondrocalcinose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Numéro de téléphone :

Médecin 2 :

Pouvez-vous nous préciser ses coordonnées ?

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

150 Caractères restants

Code postale :

Ville :

Numéro de téléphone :

Médecin 3 :

Pouvez-vous nous préciser ses coordonnées ?

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

150 Caractères restants

Code postale :

Ville :

Numéro de téléphone :

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Diagnostic
- 3 - Traitement
- 4 - Alimentation
- 5 - Antécédents familiaux
- 6 - Médecin traitant
- 7 - Commentaires**

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaires, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

◀ Précédent | 🗨 Enregistrer en brouillon | 📄 Valider définitivement