

- 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 thérapeutique. **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/systémique (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

◀ Précédent | Suite ▶

Si une ou plusieurs des maladie(s) suivante(s) vous ont été diagnostiqué(s), veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes

- 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/systémique (lupus, LED, LES)
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Sclérodémie, syndrome CREST
- Maladie de Horton
- Pseudo-polyarthrite rhizomélique
- Goutte
- Chondrocalcinose
- Je ne souffre actuellement d'aucune des maladies mentionnées ci-dessus

Spondylarthrite ankylosante :

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

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

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

Précisez :

Caractères restants

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

- Oui
 Non

Si vous avez en votre possession des comptes rendus médicaux, ou des compte rendus d'hospitalisation, merci de nous les transmettre. Pour nous aider à mieux caractériser votre maladie, nous avons besoin des comptes-rendus évoquant pour la première fois votre maladie, ainsi que votre dernière ordonnance de traitement. Vous pouvez nous les transmettre soit par voie électronique sécurisée à partir du site de votre dossier médical complémentaire, soit par voie postale.

Nous pouvons aussi vous aider dans vos démarches pour accéder aux données de votre dossier médical.

Vous pouvez adresser votre pli à :

Pr HERCBERG
Équipe médicale NutriNet-Santé, UREN
74, rue Marcel Cachin
93017 Bobigny Cedex

Fax : 01.48.38.89.31

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

Précisez :

Caractères restants

◀ 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

◀ Précédent | Suite ▶

SI vous prenez des médicaments veuillez répondre à l'ensemble des questions suivantes

- 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 vous avez en votre possession votre dernière ordonnance de traitement, merci de nous la transmettre. Nous pourrions ainsi mieux caractériser votre maladie. Vous pouvez nous les transmettre soit **par voie électronique sécurisée à partir du site de votre dossier médical complémentaire**, soit **par voie postale**. Nous pouvons aussi vous aider dans vos démarches pour accéder aux données de votre dossier médical.

Vous devez adresser votre pli à :

Pr HERCBERG
Equipe médicale NutriNet-Santé, UREN
74 rue Marcel Cachin
93017 Bobigny Cedex

Fax : 01.48.38.89.31

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, IXPRIIM, CONTRAMAL, ZALDIAR)
- Antalgiques opiacés forts (ex. ACUPAN, SKENAN, ACTISKENAN, ACTIQ, SEVREDOL, MOSCOTIN, OXYCONTIN, OXYNORM, TEMGESIC, DUROGESIC)
- Autres

Précisez :

◀ Précédent | Suite ▶

<ul style="list-style-type: none"> 1 - Introduction 2 - Diagnostic 3 - Traitement 4 - Alimentation 5 - Antécédents familiaux 6 - Médecin traitant 7 - Commentaires 	<p>Alimentation</p> <hr/> <p>Depuis que cette (ou ces) maladie(s) a(ont) été diagnostiquée(s), avez-vous modifié votre comportement alimentaire ?</p> <p> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non </p> <p style="text-align: center;"> <input type="button" value="Précédent"/> <input type="button" value="Suite"/> </p>
--	---

SI vous avez modifié votre comportement alimentaire veuillez répondre aux questions

<ul style="list-style-type: none"> 1 - Introduction 2 - Diagnostic 3 - Traitement 4 - Alimentation 5 - Antécédents familiaux 6 - Médecin traitant 7 - Commentaires 	<p>Alimentation</p> <hr/> <p>Depuis que cette (ou ces) maladie(s) a(ont) été diagnostiquée(s), avez-vous modifié votre comportement alimentaire ?</p> <p> <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non </p> <p>De quelle façon ? <i>(Plusieurs réponses possibles)</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Je suis un régime pauvre en sel <input type="checkbox"/> Je suis un régime pauvre en sucres <input checked="" type="checkbox"/> J'ai éliminé certains aliments de mon alimentation habituelle <input checked="" type="checkbox"/> J'ai introduit de nouveaux aliments dans mon alimentation habituelle <input type="checkbox"/> Je prends de l'acide folique en complément de mon traitement de fond (SPECIAFOLDINE, FOLINORAL) <input type="checkbox"/> Je prends des compléments alimentaires autres du commerce (compléments multivitaminés, par exemple) <input type="checkbox"/> Je mange moins <input type="checkbox"/> Je mange plus </p> <p>Précisez les aliments éliminés :</p> <p><input type="text"/></p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">Si vous avez éliminé des aliments, veuillez préciser.</p> <p>Précisez les aliments introduits :</p> <p><input type="text"/></p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;">Si vous avez introduit des aliments, veuillez préciser.</p> <p>Ces modifications ont-elles été conseillées par un médecin ?</p> <p> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non </p> <p style="text-align: center;"> <input type="button" value="Précédent"/> <input type="button" value="Suite"/> </p>
--	--

- 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 atteints	Nombre de sœurs atteintes	Nombre de fils atteints	Nombre de filles atteintes
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>
Sclérodermie, 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 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"/>

◀ Précédent | Suite ▶

Si vous n'avez pas de médecin traitant.

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

Médecin traitant

Des informations complémentaires (relatives aux examens biologiques réalisés, aux critères diagnostiques retenus, etc.) pourraient nous être utiles pour caractériser au mieux votre maladie. **Accepteriez-vous qu'un de nos médecins contacte le médecin susceptible de nous fournir ces informations ?**

- Oui
- Non

Nous vous invitons, après avoir validé votre questionnaire, à vous rendre sur votre Dossier Médical Complémentaire afin de signer le consentement électronique, si vous ne l'avez pas déjà fait. Si vous avez en votre possession des comptes rendus médicaux, ou des compte rendus d'hospitalisation, pour nous aider à mieux caractériser votre maladie, merci de nous les transmettre, soit **par voie électronique sécurisée à partir du site de votre dossier médical complémentaire, soit par voie postale**. Nous pouvons aussi vous aider dans vos démarches pour accéder aux données de votre dossier médical.

Vous pouvez adresser votre pli à :

Pr HERCBERG
Equipe médicale NutriNet-Santé, UREN
74 rue Marcel Cachin
93017 Bobigny Cedex

Fax : 01.48.38.89.31

◀ Précédent | Suite ▶

Si vous avez un médecin traitant.

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

Médecin traitant

Des informations complémentaires (relatives aux examens biologiques réalisés, aux critères diagnostiques retenus, etc.) pourraient nous être utiles pour caractériser au mieux votre maladie. **Accepteriez-vous qu'un de nos médecins contacte le médecin susceptible de nous fournir ces informations ?**

- Oui
 Non

Nous vous invitons, après avoir validé votre questionnaire, à vous rendre sur votre Dossier Médical Complémentaire afin de signer le consentement électronique, si vous ne l'avez pas déjà fait. Si vous avez en votre possession des comptes rendus médicaux, ou des compte rendus d'hospitalisation, pour nous aider à mieux caractériser votre maladie, merci de nous les transmettre, soit **par voie électronique sécurisée à partir du site de votre dossier médical complémentaire, soit par voie postale**. Nous pouvons aussi vous aider dans vos démarches pour accéder aux données de votre dossier médical.

Vous pouvez adresser votre pli à :

Pr HERCBERG
Equipe médicale NutriNet-Santé, UREN
74 rue Marcel Cachin
93017 Bobigny Cedex

Fax : 01.48.38.89.31

Médecin 1 :

Pouvez-vous nous préciser ses coordonnées ?

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Caractères restants

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Médecin 2 :

Pouvez-vous nous préciser ses coordonnées ?

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Caractères restants

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

Médecin 3 :

Pouvez-vous nous préciser ses coordonnées ?

Profession :

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Caractères restants

Code postal :

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

Si vous avez besoin d'une aide pour remplir ce questionnaire, merci de cliquer sur la rubrique **NOUS CONTACTER** et de nous préciser vos difficultés ; nous vous enverrons une réponse dans les plus brefs délais vous permettant de terminer et de valider votre questionnaire.

MERCI.

[← Précédent](#) | [Enregistrer en brouillon](#) | [Valider définitivement](#)