

Concernant maintenant vos douleurs articulaires : (SUITE)

| | |
|--|---|
| Q9. Les mains ont-elles été ou sont-elles atteintes ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q10. Les membres inférieurs (c'est-à-dire l'aîne (l'articulation de la hanche), les genoux, les chevilles ou les pieds) ont-ils été ou sont-ils touchés ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q11. Plus de 3 articulations ont-elles été touchées ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q12. Les douleurs ont-elles duré plus de 6 semaines ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q13. Avez-vous été ou êtes-vous réveillée par ces douleurs ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q14. Vos articulations ont-elles été ou sont-elles raides le matin ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui pendant combien de minutes en moyenne : <input type="checkbox"/> <30 min <input type="checkbox"/> 30 min à 1h <input type="checkbox"/> >1h | |
| Q15. Avez-vous ou avez-vous eu des nodules (petites boules sous la peau) aux coudes ou aux mains ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q16. Vous a-t-on fait un test du facteur rhumatoïde, appelé aussi le test du latex ou réaction de Waler Rose ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui était-il positif ? | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q17. Vous a-t-on fait un test des anticorps anti-CCP (aussi appelé anticorps anti-peptides citrullinés ou ACPA) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui était-il positif ? | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q18. Vous a-t-on fait un test des anticorps anti-filagrine ou anti-keratine ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui était-il positif ? | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q19. Avez-vous eu des radiographies des mains et poignets et/ou des pieds ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si vous les avez, pouvez-vous nous transmettre une copie des résultats de ces examens biologiques et de vos comptes rendus de radiographies des mains et/ou des pieds.

Concernant maintenant vos douleurs au cou, au dos ou aux fesses :

| | |
|--|---|
| Q20. Avez-vous en ce moment ou avez-vous déjà eu des douleurs au cou, au dos ou aux fesses pendant plus de 2 semaines de suite ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, répondre aux questions Q21 à Q28 | |
| Q21. Vos douleurs ont-elles débuté avant 45 ans ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q22. Ont-elles débuté petit-à-petit (c'est-à-dire progressivement) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q23. Souffrez-vous plus lorsque vous faites un effort ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q24. Souffrez-vous plus quand vous êtes au repos ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q25. Ressentez-vous en ce moment ou avez-vous déjà ressenti une raideur de la colonne vertébrale prédominant le matin ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, combien de temps en moyenne : <input type="checkbox"/> <30 min <input type="checkbox"/> 30 min à 1h <input type="checkbox"/> >1h | |
| Q26. Vos douleurs ont-elles duré plus de 3 mois ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Concernant maintenant vos douleurs au cou, au dos ou aux fesses : (SUITE)

| | |
|--|---|
| Q27. Vous a-t-on fait un test du HLA B27 ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui était-il positif ? | Ne sait pas <input type="checkbox"/> |
| | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q28. Avez-vous eu des radiographies du dos, du bassin ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si vous les avez, pouvez-vous nous transmettre une copie des résultats de cet examen biologique et de vos comptes rendus de radiographies du bassin et du dos.

Concernant maintenant vos autres symptômes :

Vous-même, avez-vous en ce moment ou avez-vous déjà eu :

| | |
|---|---|
| Q29. du psoriasis ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q30. des diarrhées prolongées ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, s'agit-il d'une : <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> rectocolite hémorragique | |
| Q31. des douleurs des talons ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q32. des douleurs des fesses ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Q33. une uvéite (œil rouge, très douloureux avec baisse de la vue) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Concernant maintenant vos traitements :

Q34. Quels traitements, parmi les suivants, suivez-vous ou avez-vous déjà suivi pour votre maladie ? Merci de cocher les traitements que vous avez déjà reçus

| | |
|--|--------------------------|
| Methotrexate (Novatrex, Imeth, Metoject) | <input type="checkbox"/> |
| Leflunomide (Arava) | <input type="checkbox"/> |
| Sulfasalazine (Salazopyrine) | <input type="checkbox"/> |
| Hydroxychloroquine (Plaquenil) | <input type="checkbox"/> |
| Azathioprine (Imurel) | <input type="checkbox"/> |
| Sels d'or, aurothiopropanolsulfonate (Allochrysine, Auranofin) | <input type="checkbox"/> |
| Ciclosporine (Néoral) | <input type="checkbox"/> |
| D-Penicillamine (Trolovol) | <input type="checkbox"/> |
| Tiopronine (Acadione) | <input type="checkbox"/> |
| Anakinra (Kineret) | <input type="checkbox"/> |
| Infliximab (Remicade, Inflectra, Remsima) | <input type="checkbox"/> |
| Etanercept (Enbrel, Benepali) | <input type="checkbox"/> |
| Adalimumab (Humira) | <input type="checkbox"/> |
| Certolizumab (Cimzia) | <input type="checkbox"/> |
| Golimumab (Simponi) | <input type="checkbox"/> |
| Abatacept (Orencia) | <input type="checkbox"/> |
| Tocilizumab (Roactemra) | <input type="checkbox"/> |
| Rituximab (Mabthera) | <input type="checkbox"/> |
| Ustekinumab (Stelara) | <input type="checkbox"/> |