

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"/>