

## CRF SCLERO-ANTIFIBROTIC visite V0: initiation des antifibrosants

Date de la visite (=date de début des antifibrosants) : |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| (jj/mm/aaaa)

### I. FICHE D'IDENTIFICATION PATIENT

Nom marital : |\_\_|\_|\_|\_|

Prénom : |\_\_|\_|

Sexe :  Homme  Femme

Date de naissance: |\_\_|\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| (mm/aaaa)

### II. FICHE IDENTIFICATION MEDECIN

**Médecin/Interne remplissant le CRF :**

Nom : .....

Prénom : .....

Service : .....

Ville : .....

Adresse mail:

### III. ANTECEDENTS

#### A. DIAGNOSTIC

– **Type de sclérodémie systémique :**

SSc cutanée diffuse

SSc cutanée limitée

SSc *sine scleroderma*

Ne sait pas

- **Anticorps anti-nucléaires** :  positifs  négatifs  NSP  
(à mettre à jour avec les données les plus récentes, y compris celles du jour)
- Spécificité (plusieurs réponses possibles) :
- Anti-centromère
  - Anti- anti-Scl70 (= topoisomérase I)
  - Anti-RNA polymérase de type III (si RP-11 et/ou RP-155 sur dot sclérodermie)
  - Anti-RNP (si anti-RNP 68 ou anti-U1 RNP). NE PAS COCHER LA CASE si présence d'anticorps anti-RNP A isolé, d'anticorps anti-Sm isolé, d'anticorps anti-Sm/RNP ou d'anticorps anti-U3 RNP
  - Anti-fibrillarine (= anti-U3-RNP)
  - Anti-NOR90
  - Anti-Th/To
  - Anti-PM-Scl (si retenu par le biologiste dans la conclusion)
  - Anti-KU
  - Anti-SSa 52 kD (= anti-TRIM21)
  - Anti-SSa 60 kD
  - Autre spécificité (préciser : .....)
  - Sans spécificité

– **Année d'apparition du phénomène de Raynaud** : \_\_\_\_\_  non connue

– **Année d'apparition du premier symptôme hors-Raynaud** : \_\_\_\_\_  non connue

– **Année du diagnostic de sclérodermie systémique** : \_\_\_\_\_  non connue

EFR lors du diagnostic de la sclérodermie systémique (date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)  non connue

- CPT : \_\_\_\_\_ L, soit \_\_\_\_\_ %
- CVF : \_\_\_\_\_ L, soit \_\_\_\_\_ %
- VEMS : \_\_\_\_\_ L, soit \_\_\_\_\_ %
- VEMS/CVF : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ %
- DLCOc (ou TLCOc) \_\_\_\_\_ %
- DLCOc/VA (ou TLCOc/VA ou KCOc) : \_\_\_\_\_ %
- Gaz du sang : PaO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ mmHg PaCO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ mmHg

– **Critères de classification ACR/EULAR 2013** :

Cocher tous les critères applicables au patient, soit **actuellement**, soit **précédemment** dans son histoire

Épaississement cutané des doigts des 2 mains > MCP		<input type="checkbox"/> 9 points
Épaississement cutané des doigts (compter seulement le score le plus haut)	Doigts boudinés	<input type="checkbox"/> 2 points
	Sclérodactylie (< MCP)	<input type="checkbox"/> 4 points
Lésions pulpaire (compter seulement le score le plus haut)	Ulcère digital ischémique	<input type="checkbox"/> 2 points
	Cicatrice pulpaire déprimée	<input type="checkbox"/> 3 points
Phénomène de Raynaud		<input type="checkbox"/> 3 points
Télangiectasies		<input type="checkbox"/> 2 points
Micro-angiopathie organique en capillaroscopie		<input type="checkbox"/> 2 points

Pneumopathie infiltrante diffuse et/ou hypertension artérielle pulmonaire	<input type="checkbox"/> 2 points
Auto-anticorps ( <i>anti-Scl 70, anti-centromère ou anti-RNA polymérase III</i> )	<input type="checkbox"/> 3 points
<b>Diagnostic validé (score &gt; 9 points) ?</b>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

## B. ANTÉCÉDENTS

### 1. Antécédents personnels

- **Chevauchement avec une autre maladie auto-immune :**  Oui  Non  NSP  
**(remplissant les critères internationaux)\* :**

*\*ne cocher que si le patient remplit les critères internationaux*

*Si oui, préciser (plusieurs réponses possibles) :*

- Lupus systémique
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Myopathie inflammatoire
- Cirrhose biliaire primitive
- Polyarthrite Rhumatoïde
- autre : .....

#### Toxiques :

**Tabagisme actif :**  actuel  passé  jamais  ne sait pas

*Si actuel ou passé, nombre de paquets/années : |\_\_|\_|\_|\_| PA*

*Si actuel : Tentative de sevrage tabagique :  oui  non  ne sait pas*

**cigarette électronique**  oui depuis..... mois  non

**Tabagisme passif :**  actuel  passé  jamais  ne sait pas

**(= exposition dans un espace fermé (maison et/ou travail))**

*Si actuel ou passé :*

- exposition fœtale
- exposition dans l'enfance (< 3ans)
- exposition adulte

**Consommation de cannabis :**  actuelle  passée  jamais  ne sait pas

*Si actuelle, consommation : |\_\_|\_| joints/semaine ou |\_\_|\_| joints/mois*

#### **Autres antécédents – Texte libre**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Bilan des atteintes viscérales de la maladie

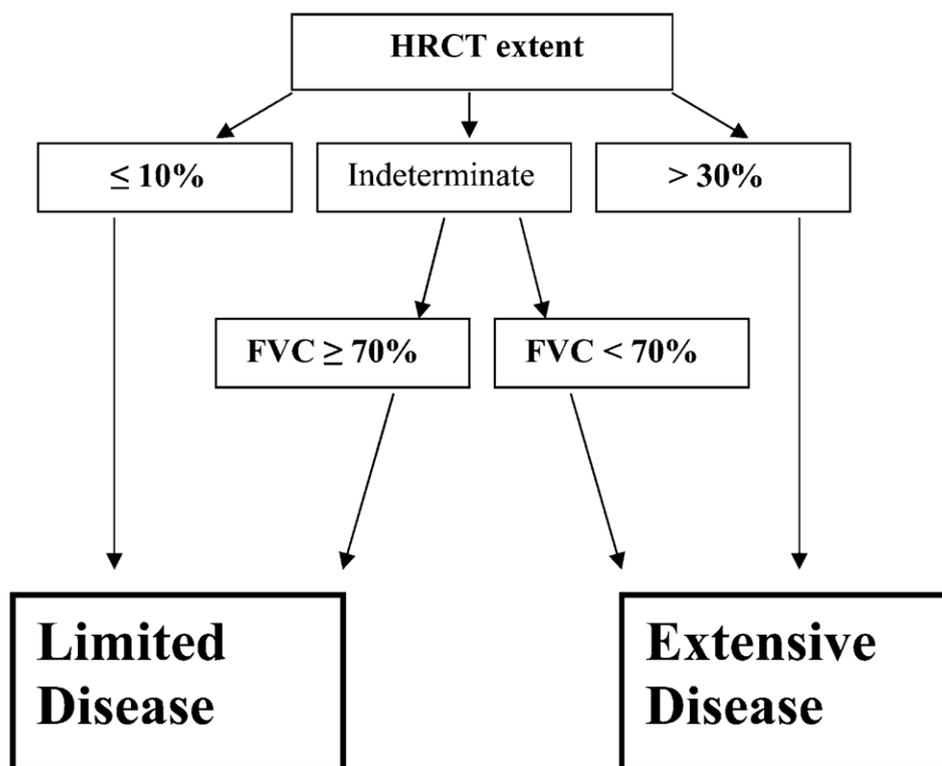
### Atteinte pulmonaire interstitielle :

Diagnostic de pneumopathie interstitielle diffuse (PID) :

oui       non       NSP / scanner thoracique jamais fait

Si oui, année du diagnostic de la PID (année du 1<sup>er</sup> scanner thoracique mettant en évidence une PID – si diagnostic lors de l'évaluation actuelle, noter l'année actuelle) : |\_|\_|\_|\_|\_|

Etendue de la PID selon les critères de Goh (d'après les données les plus récentes, notamment celles du jour) :     PID limitée     PID extensive     NSP



EFR au diagnostic de la PID

- CPT :            |\_|\_|, |\_|\_|\_| L, soit |\_|\_|\_| %
- CVF :            |\_|\_|, |\_|\_|\_| L, soit |\_|\_|\_| %
- VEMS : |\_|\_|, |\_|\_|\_| L, soit |\_|\_|\_| %
- VEMS/CVF :    |\_|\_|\_|\_|, |\_|\_| %  
(renseigner le pourcentage de la valeur théorique)
- DLCOc (ou TLCOc) |\_|\_|\_|\_| %

- DLCOc/VA (ou TLCOc/VA ou KCOc): |\_\_|\_\_|\_\_| %
- Gaz du sang : PaO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_|\_\_| mmHg PaCO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_| mmHg

### Atteinte pulmonaire vasculaire

Diagnostic d'hypertension pulmonaire (HTP) prouvé par cathétérisme cardiaque droit :

oui  non  NSP

Si oui, année du diagnostic de l'HTP (=année du 1<sup>er</sup> cathétérisme cardiaque droit montrant une HTP) : |\_\_|\_\_|\_\_|

Type(s) d'HTP selon la classification OMS (d'après les données les plus récentes, notamment celles du jour) (plusieurs réponses possibles) :

- Groupe 1 (hypertension artérielle pulmonaire)
- Groupe 1' (maladie veino-occlusive)
- Groupe 2 (HTP post-capillaire sur atteinte cardiaque gauche)
- Groupe 3 (HTP pré-capillaire sur pathologie respiratoire chronique)
- Groupe 4 (HTP post-embolique)
- Groupe 5 (préciser : .....)

### Atteinte vasculaire périphérique

	Oui	Non	NSP
Antécédent de phénomène de Raynaud :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédents d'ulcères digitaux (UD) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui, préciser :</i>			
- UD ischémiques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- UD mécaniques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- UD sur calcinose :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Cicatrice pulpaire déprimée :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Atteinte digestive

	Oui	Non	NSP
Antécédents de :			
- Reflux gastro-œsophagien :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Sténose œsophagienne :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Télangiectasies digestives :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Pullulation microbienne du grêle :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Pseudo-obstruction intestinale :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Incontinence anale :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autre : préciser : .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Atteinte rénale

Antécédents de crise rénale aiguë sclérodermique :  oui  non  NSP

Si oui, préciser :

- Nombre : |\_\_|\_\_|
- Dates : |\_\_|\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|

**Autres atteintes d'organes liées à la sclérodemie – Texte libre**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**IV. Données à la visite V0**

**EFR 6 mois avant le début des antifibrosants**

Date : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (jj/mm/aaaa)

- CPT : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- CVF : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- VEMS : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- VEMS/CVF : |\_\_|\_\_|, |\_\_| %  
(renseigner le pourcentage de la valeur théorique)
- DLCOc (ou TLCOc) |\_\_|\_\_| %
- DLCOc/VA (ou TLCOc/VA ou KCOc) : |\_\_|\_\_| %
- Gaz du sang : PaO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_| mmHg PaCO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_| mmHg

**EFR 12 mois avant le début des antifibrosants**

Date : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (jj/mm/aaaa)

- CPT : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- CVF : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- VEMS : |\_\_|, |\_\_|\_\_| L, soit |\_\_|\_\_| %
- VEMS/CVF : |\_\_|\_\_|, |\_\_| %  
(renseigner le pourcentage de la valeur théorique)
- DLCOc (ou TLCOc) |\_\_|\_\_| %
- DLCOc/VA (ou TLCOc/VA ou KCOc) : |\_\_|\_\_| %
- Gaz du sang : PaO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_| mmHg PaCO<sub>2</sub> : |\_\_|\_\_| mmHg

### 1. Traitements antérieurs : cocher si le patient a déjà eu le traitement indiqué

CLASSE THERAPEUTIQUE	NOM	POSOLOGIE	VOIE
<input type="checkbox"/> Corticothérapie systémique		_ _ ,  _  mg/j	O PO O IV
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamide		_ _ ,  _ _  mg par  _ _  semaines	O PO O IV
<input type="checkbox"/> MMF / MPA		_ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Azathioprine		_ _ _  mg/jour	O PO O IV
<input type="checkbox"/> Méthotrexate		_ _  mg/semaine	O PO O SC
<input type="checkbox"/> Anti-calcineurine		_ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> D-pénicillamine		_ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Antipaludéen de synthèse		_ _ _  mg/jour  _  j / 7j	
<input type="checkbox"/> IgIV ou IgSC à doses substitutives			O SC O IV
<input type="checkbox"/> IgIV ou IgSC à doses immunomodulatrices			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Anti-CD20			
<input type="checkbox"/> Anti-TNF $\alpha$			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Anti-IL6			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Inhibiteur calcique		_ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> IEC / ARA2 / IDR		_ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Diurétiques			O PO O IV
<input type="checkbox"/> $\beta$ -bloquant		_ _ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> IPDE5		_ _ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Anti-récepteur de l'endothéline		_ _ _  mg	
<input type="checkbox"/> Prostacycline ou analogue			O PO O IV O SC
<input type="checkbox"/> Inhibiteur de la guanylate cyclase			O PO O IV O SC

<input type="checkbox"/> Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques	Année :  _ _ _ _		
<input type="checkbox"/> Transplantation pulmonaire ou cardio-pulmonaire	Année :  _ _ _ _		
<input type="checkbox"/> Oxygène	Dose :  _ _ _  ,  _ _  L/min au repos	_ _ _  heures / 24h	
<b>Date de début :</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _  (jj/mm/aaaa)	Et/ou Dose :  _ _ _  ,  _ _  L/min en déambulation		
<input type="checkbox"/> Antiagrégant plaquettaire		_ _ _ _  mg/jour	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> SC
<input type="checkbox"/> Anticoagulant			<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> SC
<input type="checkbox"/> IPP		_ _ _ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Anti-H2			<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> SC
<input type="checkbox"/> Contraception ou THS de la ménopause			
<input type="checkbox"/> Nutrition entérale ou parentérale	Préciser : .....		
<input type="checkbox"/> Molécule d'essai thérapeutique	Préciser : .....		
<input type="checkbox"/> Autres	Autre 1 : .....		
	Autre 2 : .....		
	Autre 3 : .....		
	Autre 4 : .....		
	Autre 5 : .....		
	Autre 6 : .....		
<b>2. Traitements actuels</b>			
Détailler l'ensemble des traitements initiés ou <b>en cours</b> au moment de la visite V0 y compris les antifibrosants qui sont démarrés à V0 . Cocher en cas de prise du traitement.			
<input type="checkbox"/> Nintedanib		_ _ _ _  mg/j	<input type="checkbox"/> PO
<input type="checkbox"/> Pirfenidone		_ _ _ _  mg/j	<input type="checkbox"/> PO

		Soit  __  gelules x  __ /j	
<input type="checkbox"/> Corticothérapie systémique		__ ,  __  mg/j	O PO O IV
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamide		__ ,  __  mg par  __  semaines	O PO O IV
<input type="checkbox"/> MMF / MPA		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Azathioprine		__  mg/jour	O PO O IV
<input type="checkbox"/> Méthotrexate		__  mg/semaine	O PO O SC
<input type="checkbox"/> Anti-calcineurine		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> D-pénicillamine		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Antipaludéen de synthèse		__  mg/jour  __  j / 7j	
<input type="checkbox"/> IgIV ou IgSC à doses substitutives			O SC O IV
<input type="checkbox"/> IgIV ou IgSC à doses immunomodulatrices			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Anti-CD20			
<input type="checkbox"/> Anti-TNF $\alpha$			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Anti-IL6			O SC O IV
<input type="checkbox"/> Inhibiteur calcique		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> IEC / ARA2 / IDR		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Diurétiques			O PO O IV
<input type="checkbox"/> $\beta$ -bloquant		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> IPDE5		__  mg/jour	
<input type="checkbox"/> Anti-récepteur de l'endothéline		__  mg	
<input type="checkbox"/> Prostacycline ou analogue			O PO O IV O SC
<input type="checkbox"/> Inhibiteur de la guanylate cyclase			O PO O IV O SC
<input type="checkbox"/> Autogreffe de cellules souches hématopoïétiques	Année :  __   __   __   __		

	<input type="checkbox"/> <b>Transplantation pulmonaire ou cardio-pulmonaire</b>	Année :  _ _ _ _	
	<input type="checkbox"/> <b>Oxygène</b>	Dose :  _ _  L/min au repos Et/ou Dose :  _ _  L/min en déambulation	_ _  heures / 24h
	<input type="checkbox"/> <b>Antiagrégant plaquettaire</b>		_ _ _  mg/jour O PO O IV O SC
	<input type="checkbox"/> <b>Anticoagulant</b>		O PO O SC
	<input type="checkbox"/> <b>IPP</b>		_ _ _  mg/jour
	<input type="checkbox"/> <b>Anti-H2</b>		O PO O IV O SC
	<input type="checkbox"/> <b>Contraception ou THS de la ménopause</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Nutrition entérale ou parentérale</b>	Préciser : .....	
	<input type="checkbox"/> <b>Molécule d'essai thérapeutique</b>	Préciser : .....	
	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>	Autre 1 : .....	
	Autre 2 : .....		
	Autre 3 : .....		
	Autre 4 : .....		
	Autre 5 : .....		
	Autre 6 : .....		
<b>Champ libre traitements :</b>			
.....			
.....			

**B. EXAMEN CLINIQUE****CONSTANTES :**

Poids actuel :     kg**EXAMEN CUTANE ET VASCULAIRE PERIPHERIQUE :****Score de Rodnan modifié :**   / 51*0 : épaisseur et texture cutanées normales**1 : peau épaisse mais restant plissable**2 : peau épaisse non plissable**3 : peau figée sur les plans profonds*

- Face :
- Thorax (face antérieure) :
- Abdomen (face antérieure) :
- Bras et épaules : droit  gauche
- Avant-bras : droit  gauche
- Mains : droit  gauche
- Doigts : droit  gauche
- Cuisses : droit  gauche
- Jambes : droit  gauche
- Pieds : droit  gauche

- |  | Oui                   | Non                   | NSP                   |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| - Calcinose sous-cutanée :                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Friction tendineuse (crissement des tendons):                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Episodes de Raynaud (ce jour ou dans les 7 derniers jours) : | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Télangiectasies  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Présence d'ulcération(s) digitale(s) le jour de l'évaluation | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si oui, préciser : nombre :  

Ulcère(s)	n°1	n°2	n°3	n°4
<b>Localisation</b>	<input type="radio"/> doigt <input type="radio"/> orteil			
<b>Rayon (1 à 5)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Phalange (1 à 3)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Coté</b>	<input type="radio"/> gauche <input type="radio"/> droit			

<b>Mécanisme</b>	<input type="radio"/> ischémique	<input type="radio"/> ischémique	<input type="radio"/> ischémique	<input type="radio"/> ischémique
	<input type="radio"/> mécanique	<input type="radio"/> mécanique	<input type="radio"/> mécanique	<input type="radio"/> mécanique
	<input type="radio"/> calcification	<input type="radio"/> calcification	<input type="radio"/> calcification	<input type="radio"/> calcification
	<input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> NSP

**EXAMEN CARDIO-RESPIRATOIRE :****Classe fonctionnelle NYHA :**

<input type="radio"/> <b>Classe I</b>	Pas de limitation de l'activité physique. L'activité physique usuelle ne provoque pas de palpitations, de dyspnée ou de fatigue excessives.
<input type="radio"/> <b>Classe II</b>	Limitation légère de l'activité physique. Absence de gêne au repos, mais l'activité physique usuelle provoque des palpitations, une dyspnée ou une fatigue excessives.
<input type="radio"/> <b>Classe III</b>	Limitation marquée de l'activité physique. Absence de gêne au repos, mais une activité physique moindre que l'activité usuelle provoque des palpitations, une dyspnée ou une fatigue excessives.
<input type="radio"/> <b>Classe IV*</b>	Impossibilité de mener une activité physique sans gêne. Les symptômes peuvent être présents au repos. La gêne s'aggrave en cas d'activité physique. Inclus également : oxygénothérapie à l'effort A cocher si oxygénothérapie au long cours.

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Symptômes cardiovasculaires (depuis la dernière évaluation) :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Si oui, préciser :*

- Douleur thoracique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Palpitations :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Syncope ou lipothymie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autre (préciser : .....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Examen cardiopulmonaire</b>			
- Œdèmes des membres inférieurs (quelle qu'en soit la cause)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Signes d'insuffisance cardiaque droite (turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Symptômes respiratoires (depuis la dernière évaluation)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Si oui, préciser :*

- Toux chronique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Expectorations chroniques :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Autre (préciser : .....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Auscultation pulmonaire :**

- Normale  
 Râles crépitants limités aux bases  
 Râles crépitants étendus au-delà des bases  
 Autre : préciser .....

**EXAMEN MUSCULO-SQUELETTIQUE**

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Symptômes articulaires liés à la SSc :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui,</i>			
– Arthralgies inflammatoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Localisation : .....			
– Synovites :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Localisation : .....			
– Autre (préciser : .....) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Symptômes articulaires non liés à la SSc :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, préciser : .....

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Symptômes musculaires liés à la SSc :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui,</i>			
– Myalgies :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Déficit musculaire :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Autre (préciser : .....) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Symptômes musculaires non liés à la SSc :**  Oui  Non  NSP

Si oui, préciser : .....

**EXAMEN DIGESTIF**

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Symptômes oesophagiens (depuis la dernière évaluation) :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui, préciser :</i>			
– Reflux gastro-œsophagien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Dysphagie :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Autre (préciser : .....) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>
<b>Symptômes gastriques (depuis la dernière évaluation) :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, préciser :

- Satiété précoce :
- Nausées ou vomissements :
- Autre (préciser : ..... )

**Symptômes intestinaux (depuis la dernière évaluation) :**

Si oui, préciser :

- Douleurs abdominales :
- Ballonnement :
- Incontinence anale :
- Autre (préciser : ..... )

Transit intestinal :

normal  accéléré  ralenti  alternance diarrhée / constipation  syndrome occlusif

#### **ATTEINTE RENALE**

Le patient a-t-il présenté une crise rénale aigüe **depuis la dernière évaluation** ?  oui  non  NSP

### **C. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

#### **1. Biologies :**

- Créatinémie : |\_|\_|\_| mg/L ou |\_|\_|\_| μmol/L
- Uricémie : |\_|\_|\_| mg/L
- Bilan hépatique :  normal  anormal  NSP

Si anormal, préciser :

TGO : |\_|\_|, |\_| X la normale PAL : |\_|\_|\_| U/L GGT : |\_|\_|\_|\_| U/L  
TGP : |\_|\_|, |\_| X la normale Bilirubine totale : |\_|\_|\_| mg/L

- CPK : |\_|\_|\_|\_| UI
- CRP : |\_|\_|\_|\_| mg/L ou  < 3 mg/L
- Nt-pro-BNP : |\_|\_|\_|\_| ng/L
- Ferritinémie : |\_|\_|\_|\_| ng/mL
- VS : |\_|\_|\_| mm à la 1<sup>ère</sup> heure
- Hémoglobine : |\_|\_|, |\_| g/dL

**Bilan urinaire (BU, ECBU, rapport protéinurie/créatininurie) :**

- Protéinurie > 0,3 g/g :  oui  non  NSP
- Hématurie :  oui  non  NSP

## 2. Examens complémentaires

**ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE :**  Fait  Non fait

Date : |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| (jj/mm/aaaa)

- Fraction d'éjection du VG : |\_\_|\_| %
- Fonction diastolique du VG\* :  normale  anormale  NSP

\* *COTER ANORMAL si :*

- élévation des pressions de remplissage télédiastolique du VG (PTDVG)
- ET/OU dilatation de l'oreillette gauche
- ET/OU flux mitral (rapport E/A) anormal (type 1 = trouble de relaxation ; type 2 = pseudo-normal ; type 3 = trouble de la compliance)

- Valves :  normales  anormales  NSP

Si anormales, préciser : .....

- Surface de l'oreillette droite : |\_\_|\_| , |\_\_| cm<sup>2</sup>
- TAPSE : |\_\_|\_| mm
- Vitesse maximale de l'insuffisance tricuspide (VmaxIT) : |\_\_| , |\_\_|\_| m/s  
Ou  VmaxIT non enregistrable

- PAPs : |\_\_|\_| mmHg  
(= Gradient OD-VD |\_\_|\_| mmHg + POD |\_\_|\_| mmHg)

- Suspicion échographique d'hypertension pulmonaire (HTP) :  oui  non  NSP

- Veine cave inférieure :

- Diamètre :  fine  dilatée  NSP
- Compliance :  compliant  non compliant  NSP

- Péricarde :  sec  épanchement  NSP

**ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES :**  Fait  Non fait

Date : |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_| (jj/mm/aaaa)

- CPT : |\_\_| , |\_\_|\_| L, soit |\_\_|\_| %
- CVF : |\_\_| , |\_\_|\_| L, soit |\_\_|\_| %
- VEMS : |\_\_| , |\_\_|\_| L, soit |\_\_|\_| %
- VEMS/CVF (=rapport de Tiffeneau) : |\_\_|\_| , |\_\_|\_| %  
(renseigner la valeur mesurée et non le pourcentage de la valeur théorique)
- DLCOc (ou TLCOc) |\_\_|\_| %
- DLCOc/VA (ou TLCOc/VA ou KCOc) : |\_\_|\_| %
- Gaz du sang : PaO<sub>2</sub> : |\_\_|\_| mmHg PaCO<sub>2</sub> : |\_\_|\_| mmHg

**SCANNER THORACIQUE :**  Fait  Non fait

Date : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**Présence d'anomalies liées à la SSc :**  oui  non  NSP

Si oui, préciser :

- Présence de signes de pneumopathie interstitielle diffuse liée à la SSc :

oui  non  NSP

*Si oui, nature des lésions :*

verre dépoli

réticulations

rayon de miel

broncheectasies

autres, préciser :

.....

*Si oui, étendue des lésions :*

< 10% du parenchyme pulmonaire

> 30% du parenchyme pulmonaire

10-30% du parenchyme pulmonaire ou étendue incertaine

NSP

- Pattern  PINS    fibroelastose  autre :

- Présence de signes de maladie veino-occlusive :  oui  non  NSP

- Présence d'un syndrome emphysème-fibrose :  oui  non  NSP

- Présence d'autres anomalies liées à la SSc :  oui  non  NSP

*Si oui, préciser :* .....

**Présence d'anomalies non liées à la SSc :**  oui  non  NSP

*Si oui, préciser :*

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**CATHETERISME CARDIAQUE DROIT :**  Fait  Non fait

Date : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

POD : |\_|\_| mmHg

PAPs: |\_|\_|\_| mmHg

PAPd : |\_|\_|\_| mmHg

PAPm : |\_|\_|\_| mmHg

PAPO : |\_|\_|\_| mmHg

Débit cardiaque : |\_|\_| , |\_|\_| L/min

Index cardiaque : |\_|\_| , |\_|\_| L/min/m<sup>2</sup>

SvO<sub>2</sub> : |\_|\_| %

RVP (calcul automatique : formule :  $(PAPm - PAPO) / \text{débit cardiaque}$ ) : ..... unités wood

**TEST DE MARCHÉ :**  Fait  Non fait

Oxygène délivré pendant le test :  non  oui *Si oui, débit : ..... L/min*

Facteurs limitant la marche :  non  oui *Si oui, nature : .....*

**Mesures :**

	Valeurs en début de test	Valeurs en fin de test	Valeurs après repos de 1min
FC (bpm)	_ _ _	_ _ _	_ _ _
SpO <sub>2</sub> (%)	_ _ _  %	_ _ _  %	_ _ _  %
PA (mmHg)	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ / _ _ _	_ _ _ / _ _ _
Dyspnée (Borg)	_ _ /10	_ _ /10	_ _ /10

Méthode de mesure de la SpO<sub>2</sub> :

doigt  front  oreille  autre : .....

**Mesure de la distance parcourue en 6 minutes :**

Distance totale parcourue en 6 min : |\_|\_|\_| m, soit |\_|\_|\_| % de la valeur théorique

**Arrêts en cours de test :**  non  oui

*Si oui, nombre d'arrêt : |\_|\_|\_|*

Raisons : .....

**Symptômes en fin de test :**  non  oui

*Si oui, préciser :*

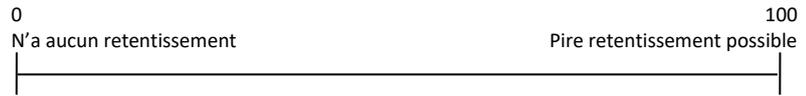
douleur thoracique  sensation vertigineuse/malaise  douleurs des MI

autres : .....

**EVA EVALUATION GLOBALE MEDECIN**

Sur une échelle de 0 à 100, comment évalueriez-vous le retentissement global de la sclérodémie systémique sur votre patient en ce moment ?

PLACER UNE MARQUE VERTICALE SUR CETTE LIGNE POUR INDIQUER VOTRE REPONSE.



**Remarques libres :**

.....

.....

.....

.....