

Date: _____

1. Informations patient et déclaration de consentement

Veuillez remettre au patient ses informations et recueillir la déclaration de consentement.

Informations pour le médecin traitant:

- Le fax avec la déclaration de consentement doit être envoyé directement aux responsables de la protection des données du CVderm, lequel gère les données et les numéros (ID) des patients.
- Toutes les autres transmissions de données reposent exclusivement sur le numéro du patient (ID) ; n'inscrivez aucune marque d'identification (date de naissance, nom) dans le formulaire d'observation.
- Les demandes éventuelles de précisions ne peuvent être effectuées qu'en mentionnant le numéro du patient (ID).

2. Critères d'admission

Critères d'admission		oui	non
Âge	≥ 18 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostic	Psoriasis vulgaris clairement diagnostiqué avec ou sans arthrite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thérapie	Première utilisation de la thérapie systémique ou biothérapie programmée (autre pré-thérapie non pertinente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compréhension	Le patient comprend l'étude et est en mesure de remplir les questionnaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consentement	Le patient a fait part de son consentement par écrit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Important:

Le patient ne peut être admis à participer à l'étude que s'il remplit tous les critères d'admission.

3. Questionnaire patient

Veuillez remettre au patient le questionnaire patient pour la visite 1.

- Le questionnaire doit être restitué le même jour dans le cabinet médical / l'ambulance.

4. Thérapie

Biothérapie	Dosage actuel (mg)	Début (JJ/MM/AA)
<input type="checkbox"/> Adalimumab	_ _ _	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Etanercept	_ _ _	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Infliximab	_ _ _	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Ustekinumab	_ _ _	_ _ _ _ _

Application: tous |_| semaines |_| x hebdomadaire

Indication pour biothérapie/ thérapie systémique par..

Sévérité du psoriasis
 le psoriasis ne réagit plus au traitement
 Incompatibilité / contre-indication de la précédente thérapie
 arthrite psoriasique (PsA) active
 progression radiologique rapide de la PsA
 autres

Thérapie systémique actuelle et UV

	Dosage (mg)	Début (JJ/MM/AA)
<input type="checkbox"/> CyA.....	_ _ _ /j.....	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> FSE <input type="checkbox"/> initial ___ Tbl. /j	_ _ _	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Leflunomid....	_ _ _ /j.....	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> MTX.....	_ _ , _ /sem	_ _ _ _ _
Application	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	
<input type="checkbox"/> Retinoïde	_ _ _ /j.....	_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> PUVA-thérapie		_ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> UVA-B		_ _ _ _ _
autres		_ _ _ _ _

Thérapie suivie jusque-là (plusieurs réponses possibles)

	dernière déjà	jamais	Durée (mois)
CyA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
FSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Leflunomid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
MTX.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
Retinoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
PUVA-thérapie .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
autres UV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ _

Fin de la dernière thérapie systémique |_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AA)

Agents topiques actuels (plusieurs réponses possibles)

	jusqu'au	continuer dès maintenant
Glucocorticostéroïdes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine D - Analogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine A - Analogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dithranol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acide salicylique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mois sous PUVA (en tout): |_|_|_|

Dosage PUVA total (J/cm²) |_|_|_|

Biothérapie

	dernière déjà	jamais	Durée (mois)
Adalimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
Etanercept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
Infliximab.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
Ustekinumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _

Fin de la dernière biothérapie |_|_|_|_|_|_| (JJ/MM/AA)

5. Maladies associées et leur traitement

	actuellement présente	traité par médicaments		actuellement présente	traité par médicaments
Maladies cardio-vasculaires			Maladies pulmonaires		
Maladie artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthme bronchique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie cérébrovasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchite chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladie coronarienne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maladies rhumatologiques et immunologiques		
Thromboses (TVP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arthrite rhumatoïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète mellitus					
Diabète de type 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maladies psychiques et toxicomanie		
Diabète de type 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Syndrome d'apnées du sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperuricémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Fumeur	<input type="radio"/>	
Maladies infectieuses			Ancien fumeur	<input type="radio"/>	
Tuberculose ; laquelle?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alcoolisme	<input type="radio"/>	
Ancienne tuberculose?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Hépatite - veuillez sélectionner A-B-C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maladies neurologiques		
VIH - à quel stade?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sclérose en plaques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	autres.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			Tumeurs, malignes		
Troubles du métabolisme lipidique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				
Maladies du foie			Maladies dermatologiques et allergologiques		
Cirrhose du foie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rhinite allergique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Steatosis hepatis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eczéma atopique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies chroniques du foie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies gastro-intestinales			autres maladies		
Gastrites / ulcères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				
Maladies rénales					
Insuffisance rénale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

6. Médication prolongée

non oui

→ si oui: Veuillez indiquer les médicaments.

Préparation	Dosage quotidien	Préparation	Dosage quotidien
1 _____	_____	5 _____	_____
2 _____	_____	6 _____	_____
3 _____	_____	7 _____	_____
4 _____	_____	8 _____	_____

*Antipsoriatiques à mentionner uniquement pour la 4e thérapie.

7. Statut général et dermatologique I

Sexe	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	
Âge	_ _ Ans	
Taille (cm) _ _ _	Poids (kg) _ _ _	
Mensurations hanches (cm) à la partie la plus étroite de la taille _ _ _	Mensurations Taille (cm) à la partie la plus étroite de la taille _ _ _	
Marques du psoriasis (Plusieurs réponses possibles)	Chronique stationnaire (type plaques) Type petites tâches Psoriasis erythrodermatique Psoriasis des ongles Psoriasis inversé Psoriasis pustuleux	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Chez les femmes	Grossesse actuelle Allaitement actuel Désir d'enfant actuel Ménopause	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Psoriasis des ongles	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si oui: Nombre d'ongles atteints dont: atteints complètement (90 %) atteints à 50 - 90 % atteints à moins de 50 %	_ _ _ _ _ _ _ _
Surface corporelle atteinte	= affected body surface	_ _ _ %

8. Statut dermatologique II: PASI

Veillez évaluer maintenant le PASI du patient (Psoriasis Area and Severity Index)

Vous devez remplir uniquement les champs entourés en gras. Le calcul des sommes et produits se fait automatiquement lors de la synthèse des statistiques.

Psoriasis Area and Severity Index - PASI

1) Sévérité des lésions psoriasiques

Veillez entourer un nombre pour chacune des efflorescences et localisations suivantes.

Manifestation des efflorescences: 0 = aucune 1 = petite 2 = moyenne 3 = forte 4 = très forte

		Tête	Tronc	Bras	Jambes
1	Érythème	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2	Infiltration	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3	Desquamation	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4	Somme				

2) Contamination de la surface corporelle

Veillez indiquer à la ligne 6 les surfaces atteintes pour chaque localisation. Entourez les nombres correspondants devant les pourcentages.

5		Tête	Tronc	Bras	Jambes
6	Surface atteinte	0 = sans 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = sans 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = sans 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%	0 = sans 1 = <10% 2 = 10-29% 3 = 30-49% 4 = 50-69% 5 = 70-89% 6 = 90-100%
7	Produit des lignes 4 + 6	_ _	_ _	_ _	_ _
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Produit des lignes 7 + 8	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _

Si vous voulez calculer vous-même le PASI:

PASI total = Somme de la ligne 9 = |_|_|

9. Questionnaire annexe ; diagnostic différentiel d'une arthrite psoriasique (PsA)

	oui	non
Le diagnostic d'une arthrite psoriasique a-t-il déjà été confirmé chez le patient?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des 5 dernières années, le patient a-t-il souffert de douleurs récurrentes aux articulations ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu à plusieurs reprises tuméfaction aux articulations ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu raideur des articulations le matin , puis amélioration au cours de la journée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enthésite : au cours des 12 derniers mois, des douleurs sont-elles apparues de manière récurrente au niveau de l'insertion du talon, en particulier le talon achilléen et / ou du fascia plantaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dactylite : au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu à plusieurs reprises gonflement douloureux d'un doigt entier ou d'un doigt de pied entier (ce qu'on appelle le 'doigt de saucisses')?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleur lombaire inflammatoire : au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu à plusieurs reprises douleur lombaire tenace d'une durée minimum de 3 mois, caractérisée par un début insidieux, une raideur matinale et une amélioration en bougeant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment évaluez-vous à ce stade le diagnostic de la PsA ?		
Le diagnostic <input type="radio"/> est vraisemblable <input type="radio"/> est imprécis <input type="radio"/> une PsA active est invraisemblable		
Prévoyez-vous le diagnostic différentiel d'une PsA ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, quelles sont les mesures prévues?		
<input type="radio"/> diagnostic clinique	<input type="radio"/> diagnostic différentiel radiologique (radiographie, thérapie magnétique, scintigraphie)	<input type="radio"/> diagnostic différentiel effectué par un rhumatologue
Laboratoire: <input type="radio"/> CRP	<input type="radio"/> VS	<input type="radio"/> HLA-B27
	<input type="radio"/> FR	<input type="radio"/> Anti-CCP

Y-a-il eu de nouveaux résultats pour le diagnostic au cours des 3 derniers mois ?

CRP __ __ __ __ mois / année	Valeur: __ __ __ mg/l	VS __ __ __ __ mois / année	Valeur: __ __ __ mm / 1 heure.
Radiographie des mains / avant-pieds __ __ __ __ mois / année	→ Changements érosifs? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Radiographie du bassin / articulation sacro-iliaque __ __ __ __ mois / année	→ Signes de sacroiliite? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		

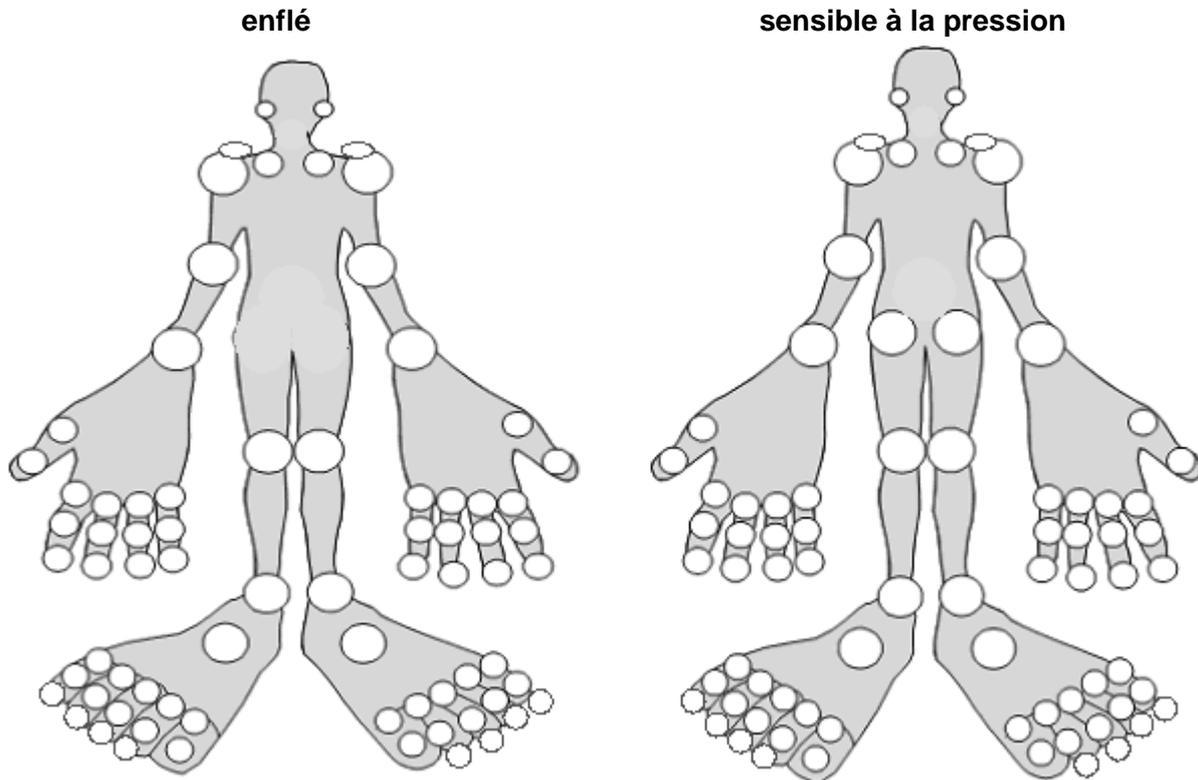
→ **S'il y présence de PsA ou si elle est vraisemblable:**

Veillez remettre au patient le formulaire HAQ sur l'arthrite psoriasique (dans le dossier médecin traitant) et remplissez le rapport suivant sur l'arthrite.

10. Questionnaire annexe ; statut de l'arthrite psoriasique

→ À remplir uniquement en cas de troubles articulaires

**État actuel des articulations –
veuillez cocher les articulations enflées ou sensibles à la pression.**



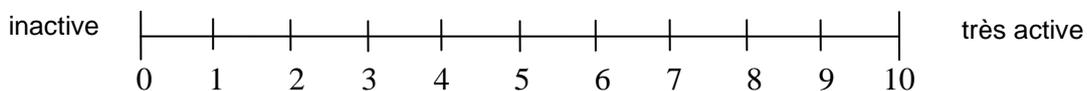
Si vous n'avez rien coché:

- aucune de ces 74 articulations n'est enflée
- aucune de ces 76 articulations n'est douloureuse

Les caractéristiques suivantes sont-elles présentes ?

- Nœuds:** oui non
- Raideur matinale:** oui non

Dans l'immédiat, l'arthrite psoriasique est-elle active?



11. Fin du sondage au moment de l'admission

Le questionnaire médecin a été intégralement rempli
Le patient a retourné le questionnaire dûment rempli

oui
 oui

Date du prochain entretien
(Prochaine rendez-vous de documentation dans 3 mois env.)

||_|_|_|_|_|_|_|_|