

**CRF SCLERO-ANTIFIBROTIC visite de suivi n° .....**

Date de la visite : |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| |\_\_| (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:

Les antifibrosants ont-ils été arrêtés  Oui  Non

Si oui : date d'arrêt : |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| |\_\_| (jj/mm/aaaa)

Si oui : cause de l'arrêt : .....

**A. TRAITEMENTS**Détailler l'ensemble des traitements initiés ou **en cours** au moment de la visite. Cocher en cas de prise du traitement.

CLASSE THERAPEUTIQUE	NOM	POSOLOGIE	VOIE
<input type="checkbox"/> Nintedanib		__   __   __  mg/j	<input type="radio"/> PO
<input type="checkbox"/> Pirfenidone		__   __   __   __  mg/j	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> PO <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> SC
<input type="checkbox"/> <b>Anticoagulant</b>			<input type="radio"/> PO <input type="radio"/> SC
<input type="checkbox"/> <b>IPP</b>		_ _ _  mg/jour	
<input type="checkbox"/> <b>Anti-H2</b>			<input type="radio"/> PO <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> 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 : .....		
<p><b>Champ libre traitements :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

--	--

	<p><b>B. <u>EXAMEN CLINIQUE</u></b></p> <p><b>1. Evénements intercurrents</b></p> <p><b>Hospitalisation liée à la maladie depuis la dernière visite :</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NSP (hors hospitalisation programmée pour administration de traitement ou réévaluation)</p> <p>Si oui, nombre d'hospitalisations liées à la maladie depuis la dernière visite :  _ _ </p> <p style="text-align: center;"><b>Date de début</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Hospitalisation 1 :</b>  _ _ / _ _ / _ _ _ _ </p>
--	---

Hospitalisation 2 : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Hospitalisation 3 : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Hospitalisation 4 : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Hospitalisation 5 : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Infection sévère\* depuis la dernière consultation :  Oui  Non  NSP

(\* infection sévère : infection nécessitant une hospitalisation ou une antibiothérapie par voie IV)

Si oui, nombre d'EIS : |\_|\_|

Description :

N° d'infection	Type		Date (mm/aaaa)
- Infection 1	<input type="checkbox"/> Virale	<input type="checkbox"/> Fongique (y compris pneumocystose)	_ _ _ _ _  /  _ _ _
	<input type="checkbox"/> Bactérienne	<input type="checkbox"/> Autre	
	<input type="checkbox"/> Parasitaire	<input type="checkbox"/> Non connu	
	<input type="checkbox"/> Mycobactérienne		
	Site : .....		
- Infection 2	<input type="checkbox"/> Virale	<input type="checkbox"/> Fongique (y compris pneumocystose)	_ _ _ _ _  /  _ _ _
	<input type="checkbox"/> Bactérienne	<input type="checkbox"/> Autre	
	<input type="checkbox"/> Parasitaire	<input type="checkbox"/> Non connu	
	<input type="checkbox"/> Mycobactérienne		
	Site : .....		
- Infection 3	<input type="checkbox"/> Virale	<input type="checkbox"/> Fongique (y compris pneumocystose)	_ _ _ _ _  /  _ _ _
	<input type="checkbox"/> Bactérienne	<input type="checkbox"/> Autre	
	<input type="checkbox"/> Parasitaire	<input type="checkbox"/> Non connu	
	<input type="checkbox"/> Mycobactérienne		
	Site : .....		

**Effets secondaires des traitements antifibrosants :** Oui Non NSP**Si oui :** *Diarrhée. Si oui, nombre de selles/j : ...../j* *Douleurs abdominales* *Majoration du RGO* *Nausées* *Vomissement* *Perte de poids : si oui : combien depuis la dernière visite : .....kg* *HTA* *Réaction de photosensibilisation* *éruption cutanée : si oui, précisez : .....* *élévation des transaminases : si oui : TGO.....xN ; TGP : .....xN* *élévation des PhAlc : si oui : .....xN* *élévation de la bilirubine : si oui : .....xN* *autre : .....*  
.....  
.....**Si oui :***Est-ce que ces effets secondaires ont conduit à arrêter le traitement antifibrosant* Oui Non NSP**Si oui : date d'arrêt :** |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (jj/mm/aaaa)**2. 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  | <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"/> mécanique <input type="radio"/> calcification <input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> ischémique <input type="radio"/> mécanique <input type="radio"/> calcification <input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> ischémique <input type="radio"/> mécanique <input type="radio"/> calcification <input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> ischémique <input type="radio"/> mécanique <input type="radio"/> calcification <input type="radio"/> NSP

**EXAMEN CARDIO-RESPIRATOIRE :**

**Classe fonctionnelle NYHA :**

Classe I

Pas de limitation de l'activité physique.

	L'activité physique usuelle ne provoque pas de palpitations, de dyspnée ou de fatigue excessives.
<b>O 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.
<b>O 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.
<b>O 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.

(a) (Source : Guidelines ESC 2016 sur l'insuffisance cardiaque)

Questionnaire de dyspnée ?

	Oui	Non	NSP
<b>Symptômes cardiovasculaires (depuis la dernière évaluation) :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui, préciser :</i>			
- 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>Examen cardiopulmonaire</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</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"/>
<i>Si oui, préciser :</i>			
- 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"/>
<b>Auscultation pulmonaire :</b>			
<input type="radio"/> Normale			
<input type="radio"/> Râles crépitants limités aux bases			
<input type="radio"/> Râles crépitants étendus au-delà des bases			
<input type="radio"/> Autre : préciser .....			

<b><u>EXAMEN MUSCULO-SQUELETTIQUE</u></b>			
	<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"/>
<i>Si oui, préciser : .....</i>			
	<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"/>
<b>Symptômes musculaires non liés à la SSc :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Si oui, préciser : .....</i>			
<b><u>EXAMEN DIGESTIF</u></b>			
	<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"/>
<i>Si oui, préciser :</i>			
– Satiété précoce :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Nausées ou vomissements :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
– Autre (préciser : .....) )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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

Champ libre ETT :

.....

.....

.....

.....

.....

**ÉPREUVES FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES :**  Fait  Non fait

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) : |\_| , |\_|\_| mL/min/mmHg/L, soit |\_|\_|\_| %

- 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

rayons de miel

bronchectasies

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  NSIP  UIP  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)/ 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> (%)	_ _ _  %	_ _ _  %	_ _ _  %
TA (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 :*

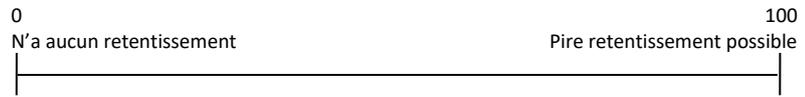
douleur thoracique  sensation vertigineuse/malaise  douleurs des MI

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 :**

.....

.....

.....

.....