

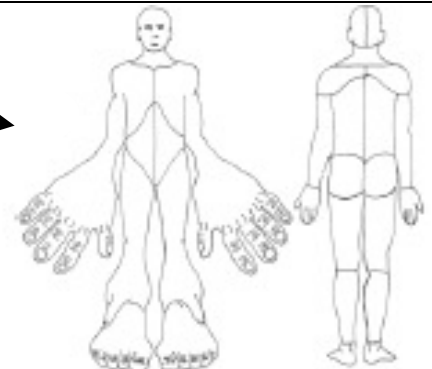


Nom du patient :	Nom du médecin référant :
No ass.-maladie :	No licence :
Adresse :	Adresse :
Téléphone maison :	Téléphone :
Téléphone travail :	Télécopieur :

**RAISON DE LA CONSULTATION :** \_\_\_\_\_

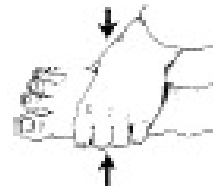
**HISTOIRE**

- Depuis combien de temps ce patient présente-t-il ce problème?  
 < 3 mois     < 6 mois     6 à 12 mois     > 12 mois
- Sur le diagramme, veuillez encercler les articulations douloureuses
- Votre patient souffre-t-il de raideurs matinales? Si oui, pendant  
 > 60 minutes     30 à 60 minutes     < 30 minutes     Aucune
- Votre patient souffre-t-il d'un nouveau problème cutané ou rash ou psoriasis?  
 Oui     Non



**EXAMEN PHYSIQUE**

- À l'examen, les articulations sont-elles enflées?  Oui     Non     Pas certain  
 Si oui, quelles articulations sont enflées?  Doigts     Poignets     Coudes     Genoux     Chevilles     Pieds
- Est-ce que la compression des mains et/ou des pieds est douloureuse ?  
 Mains     Pieds  
 Oui     Non



**DIAGNOSTIC**

- Veuillez classer le problème :
  - Condition inflammatoire
    - Rhumatoïde/Psoriasis/Arthrite réactive, etc.
    - Spondylite ankylosante
    - Lupus ou autre collagénose
    - Microcristalin (goutte ou pseudogoutte)
  - Condition dégénérative ( Ostéoarthrite,  Douleur mécanique au dos)
  - Condition de douleur chronique (fibromyalgie)     Autres

- Ce patient a-t-il déjà vu un rhumatologue?  Non     Pas certain     Oui(SVP joindre toutes les notes de consultations)
- SVP fournir toute autre information que vous croyez importante.

**VEUILLEZ JOINDRE TOUTES LES ANALYSES ET RAPPORTS RADIOLOGIQUES**  
**(FSC, créatinine, bilan hépatique, sédimentation, ANA, CRP, Anti-CCP, HLA-B27 et Facteur rhumatoïde)**

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_