

**Informations demandées une seule fois "au début".** Un email avec un lien pour accéder à la plateforme sera envoyé au patient dès son inclusion réalisée par le centre. Un SMS sur son téléphone lui sera envoyé comme rappel.

### Informations générales

#### Taille et poids

Taille 170 cm ▾

Poids 56 kg ▾

#### Code postal de la commune de naissance

83100

### Votre situation médicale

Souffrez-vous actuellement d'une ou plusieurs maladies auto-immunes ?

Oui  Non

Veuillez préciser cette maladie auto-immune :

Saisissez au minimum une lettre de la maladie pour déclencher la saisie automatique

poly

- ▶ Polyarthrite rhumatoïde
- ▶ Pseudo-Polyarthrite rhizomélique
- ▶ Vascularite à ANCA (polyangéite microscopique, granulomatose av...)

Ajouter une réponse

Souffrez-vous d'une autre maladie auto-immune non citée dans la liste ci-dessus ?

Non  Oui

### Antécédents familiaux

L'un de vos proches (parents / enfants / fratrie) a-t-il souffert / souffre-t-il d'une ou plusieurs maladies auto-immunes ?

Oui

Non

Je ne sais pas

Veuillez préciser cette maladie auto-immune :

Saisissez au minimum une lettre de la maladie pour déclencher la saisie automatique

cro

➤ Maladie de Crohn

➤ Vasculrite à ANCA (polyangéite microscopique, granulomatose av...)



Ajouter une réponse

L'un de vos proches (parents / enfants / fratrie) a-t-il souffert / souffre-t-il d'une autre maladie auto-immune non citée dans la liste ci-dessus ?

Non

Oui

Précisez cette autre maladie auto-immune

asthme persistant

**Informations demandées chaque mois.** Un email avec un lien pour accéder à la plateforme sera envoyé au patient. Un SMS sur son téléphone lui sera envoyé comme rappel.

### Hospitalisations

Depuis le dernier formulaire complété le 06/01/2020 , avez-vous été hospitalisé(e) ?

- Oui  
 Non

Cette hospitalisation était-elle liée à votre perfusion d'immunothérapie ?

- Oui  
 Non

Cette hospitalisation était-elle liée à un traumatisme ou un accident ?

- Oui  
 Non

Cette hospitalisation était-elle liée à ?

- Une infection  
 Une hospitalisation en lien avec le cancer  
 Une hospitalisation en lien avec le traitement du cancer  
 Autre raison

Indiquez la date de cette hospitalisation

Date de l'hospitalisation:

06/01/2020

Avez-vous eu une **autre** hospitalisation depuis le formulaire complété le 06/01/2020 que celle(s) mentionnée(s) ci-dessus ?

- Oui  
 Non

## Consultations

Depuis le dernier formulaire complété le 06/01/2020, avez-vous consulté un professionnel de santé (en ville / à l'hôpital / à la clinique) ?

Oui  Non

Lors de cette consultation, le professionnel de santé vous a-t-il prescrit un nouveau médicament ?

Oui  Non

Indiquez la date de cette consultation

Date de la consultation:

06/01/2020

Indiquez la raison de cette consultation

Une infection  Une consultation en lien avec le cancer  Une consultation en lien avec le traitement du cancer  Autre raison

Avez-vous consulté un **autre** professionnel de santé (en ville / à l'hôpital / à la clinique) depuis le formulaire complété le 06/01/2020 que celui/ceux mentionné(s) ci-dessus ?

Oui  Non

## Immunothérapie en cours

Etes-vous toujours traité(e) par immunothérapie ?

Non  Oui

Indiquez la date de la plus récente perfusion de votre immunothérapie :

Date de la plus récente perfusion de l'immunothérapie:

19/01/2019

## Corticoïdes

Depuis le dernier formulaire complété le 06/01/2020, avez-vous pris au moins une fois un des traitements ci-dessous ?

Je ne prends pas ce traitement

Je prends ce traitement

Corticoïdes par voie orale (ex. : Cortancyl, Prednisone, Solupred, Medrol, Célestène, etc.)

Choisissez

2 jours consécutifs

3 jours consécutifs

4 jours consécutifs

5 jours consécutifs

Choisissez ^

(ex. : prednisolone)

consécutifs pendant lequel vous avez pris ces corticoïdes par voie orale :

## Autre(s) symptôme(s) notable(s)

Entre aujourd'hui et votre dernier formulaire complété le 06/01/2020, avez-vous eu une survenue ou une aggravation d'un ou plusieurs symptôme(s) notable(s) ?

Oui  Non

Depuis votre dernier formulaire complété le 06/01/2020, avez-vous eu d'autres évènements de santé en dehors des raisons pour lesquelles vous avez pu être hospitalisé(e) ou avoir consulté ?	Non	Oui mais je n'ai pas consulté	Oui et j'ai consulté
Diarrhée	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs abdominales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensation de chaleur intense	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sueurs importantes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fièvre mesurée au thermomètre > 38°	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Sensation de froid anormale	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatigue intense inhabituelle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs musculaires	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs dans les articulations	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rougeur de la peau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Démangeaisons	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bulles sur la peau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apparition de plaques sur la peau	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sécheresse des yeux et de la bouche	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre symptôme	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veuillez mettre à jour votre poids si nécessaire

52

Kg

**Informations demandées une seule fois**, si et seulement si un bilan immuno/bio à réaliser en ville est indiqué à l'inclusion dans le formulaire d'inclusion par le centre.

### Bilan immunologique

Avez-vous réalisé dans votre laboratoire le bilan immunologique prescrit par votre oncologue ?

Non  Oui

Seules les analyses cochées dans le formulaire d'inclusion par le centre sont demandées au patient.

Résultat Anti-ENA (Anticorps anti-ENA, anti-ECT, anticorps anti-antigènes solubles, anticorps anti-antigènes nucléaires solubles)

Positif  Négatif  Inconnu

Résultat Facteur rhumatoïde (FR)

Positif  Négatif  Inconnu