

Ma consultation



Prochain rendez-vous chez :

Le :/...../..... à : h

De quand date votre dernière prise de sang ? :

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Évaluez la durée des raideurs matinales :

Inferieur à 20 mn ☐

Supérieur à 40 mn ☐

Entre 20 et 40 mn ☐

Avez-vous eu, au cours du dernier mois, une ou plusieurs articulations "bloquées" ?

Oui ☐

Non ☐

À quelle fréquence avez-vous des poussées

Plusieurs fois par mois ☐

Une fois par mois ☐

2 à 3 fois par an ☐

Variable ☐

Avez-vous dû, au cours du dernier mois, renoncer à cause de votre maladie à :

Entretien maison, jardin ?

Oui ☐

Non ☐

Une sortie, un déplacement ?

Oui ☐

Non ☐

Un loisir, recevoir ?

Oui ☐

Non ☐

Avez-vous dû bénéficier d'un arrêt de travail ?

Oui ☐

Non ☐

Avez-vous dû prendre, ou augmenter, la dose des anti-douleurs ?

Oui ☐

Non ☐

Avez-vous réduit ou stoppé les anti-inflammatoires ?

Oui ☐

Non ☐

Depuis 1 mois, avez-vous de nouvelles articulations qui vous font souffrir ?

Oui ☐

Non ☐

Une articulation qui vous faisait souffrir est-elle moins douloureuse ?

Oui ☐

Non ☐

Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné(e) pour tenir des objets ?

Oui ☐

Non ☐

Avez-vous par exemple, cassé de la vaisselle ou eu mal à ouvrir une porte ?

Oui ☐

Non ☐

Depuis 3 mois, diriez-vous que votre périmètre de marche est :

Diminué ☐

Pareil ☐

amélioré ☐

SOMMEIL

Avez-vous besoin d'une sieste ?

Oui ☐

Non ☐

Dormez-vous : Mieux ☐

Pareil ☐

Moins bien ☐

Vous réveillez-vous "fatigué(e)" ?

Oui ☐

Non ☐



DOULEUR-MORAL

Depuis 1 mois, êtes vous réveillé(e) par des douleurs nocturnes ?

Oui ☐

Non ☐

Quand vous avez mal, est-ce toujours à la même articulation ?

Oui ☐

Non ☐

Quand vous avez mal, êtes-vous soulagé(e) par les anti-douleurs ?

Oui ☐

Non ☐

C'est derniers temps, vous diriez que vous avez : Plus le moral ☐ moins ☐ pareil ☐

Votre maladie joue-t-elle sur votre vie de famille, couple, libido, vie sexuelle, etc.!

Oui ☐ Non ☐

Traitement

Êtes-vous observant de vos traitements ? Oui ☐ Non ☐

Prenez-vous autre chose acheté en pharmacie non remboursé ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI, lesquels ?

.....

.....

.....

Avez-vous consulté pour d'autres problèmes de santé ? Oui ☐ Non ☐

Si OUI lesquels ?

.....

.....

.....

Vous a-t-on prescrit des médicaments ? Oui ☐ Non ☐

D'une façon générale, avez-vous le sentiment que, depuis 3 mois, votre maladie :

S'est aggravée ☐ est restée stable ☐ s'est améliorée ☐

Pratiquez-vous une activité physique ? Oui ☐ Non ☐

Voulez-vous mentionner autre chose ?

.....

.....

.....

Copiée sur un document AFPric

Ghislaine SCHMIDT
Tel : 06 71 52 15 30



Pascal BECKER
Tel : 07 57 54 19 17



OBSERVANCE

- Savez-vous que c'est l'observance

Oui Non

- Êtes-vous observant de vos traitement si non pourquoi

Oui Non

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments si oui pourquoi Oui Non

- Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de esse de prendre vos médicaments

si oui pourquoi Oui Non

- si vous vous sentez moins bien quand vous prenez vos médicaments, vous arrive-t-il de ne plus les

prendre Oui Non

- Saviez-vous que l'observance est un élément clé du succès du traitement :

Oui Non

- Saviez-vous que si la prise des médicaments n'est pas respectée cela peut faire échouer le traitement

Oui Non