**Utilisation du Kineret® pendant la grossesse**

Dr Flora Sagez, Pr Jean Sibilia

**Formulaire à adresser avec les coordonnées et la lettre de sortie de la patiente au :**

**Service de Rhumatologie – Hôpitaux Universitaire de Strasbourg  
1 avenue Molière  
67098 Strasbourg Cedex  
Par mail :** [**flora.sagez@chru-strasbourg.fr**](mailto:flora.sagez@chru-strasbourg.fr) **ou** [**jean.sibilia@chru-strasbourg.fr**](mailto:jean.sibilia@chru-strasbourg.fr) ou **Par fax : 03.88.12.82.90**

**Centre investigateur**

Nom du médecin référent ………………………………………………………....  
Identification du service ……………………………………………………………..  
Coordonnées ………………………………………………………………………………

**Caractéristiques de la patiente**

Nom (2 premières lettres) |\_\_ \_\_| Prénom (3 premières lettres) | \_\_ \_\_ \_\_ |  
Date de naissance |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

**Caractéristiques de la maladie et du traitement**

Diagnostic de la maladie justifiant le traitement par anti IL1 :

* Polyarthrite rhumatoïde □
* Syndrome chronique infantile neurologique, cutané et articulaire (CINCA) ou Neonatal-onset multisystem inflammatory disease (NOMID) □
* Syndrome de Muckle-Wells (MWS) □
* Syndrome familial auto-inflammatoire au froid (FCAS) □
* Maladie de Still □
* Arthrite Juvénile Idiopathique □
* TRAPS □
* Autres (préciser) □ ……………………………

Date du diagnostic : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

**Evolution de la grossesse et du traitement pendant la grossesse**

Date de début de la grossesse : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| ou DDR : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

Date de début de l’anakinra : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|  
Date de fin de l’anakinra |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|   
Dose d’anakinra : ……….. mg

Autres traitements à la conception et au début de la grossesse : □ OUI □ NON  
Si oui, préciser : ……………………………………………..

Grossesse gémellaire : □ OUI □ NON

Fausse-couche : □ OUI □ NON  
Si oui, préciser à quel moment : ……………. SA (semaines d’aménorrhée)

Autres issues de grossesse :

* GEU (grossesse extra utérine) □
* MFIU (mort fœtale in utero) □

Si oui : terme : ………… SA ; examen foetopathologique : oui □ non □ ; résultat si disponible : ………………………………………………………………………………………………………………………..

* Autres (préciser) : …………………………………………………..

**Naissance**

Durée de la grossesse : …………… SA ou date d’accouchement |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|

Poids de naissance : ………… kg  
Taille à la naissance : ……….. cm

Complications infectieuses pendant la grossesse : □ OUI □ NON  
Si oui, laquelle ? ………………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………………………………...  
Germe(s) identifié(s) ? ………………………………………………………………………………..  
Nécessité d’arrêt de l’anakinra ? □ OUI □ NON  
Traitement antibiotique ? □ OUI □ NON  
Intraveineux ? □ OUI □ NON  
Le ou -lesquel(s) ? ……………………………………………..

Autres complications pendant la grossesse ? □ OUI □ NON  
Si oui, lesquelles ? …………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………………………………..

**Evolution de la maladie inflammatoire au cours de la grossesse**

Y-a-t-il eu une poussée de la maladie pendant la grossesse ? □ OUI □ NON

Type de poussée :

* Articulaire : □ OUI □ NON
* Cutanée : □ OUI □ NON
* Neurologique : □ OUI □ NON
* Digestive : □ OUI □ NON
* Sensorielle : □ OUI □ NON
* Autres (préciser) : ………………………………….

Nécessité de modifier le traitement de la maladie ? □ OUI □ NON  
Si oui, préciser : …………………………………………………………………………………………..  
…………………………………………………………………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………………………………….

**Etat de l’enfant à la naissance et évolution post-natale**

* Malformations : □ OUI □ NON

Si oui, préciser : ………………………………………………………………………………………………

* Pathologie néonatale non malformative : □ OUI □ NON  
  Si oui, préciser : ………………………………………………………………………………………………
* Symptômes d’atopie : □ OUI □ NON  
  Si oui, préciser :
* Dermatite atopique □
* Rhinite allergique □
* Asthme □
* Conjonctivite allergique □
* Infections : □ OUI □ NON

Si oui,

* Age de survenue de l’infection : ………………..
* Infection sévère (ayant nécessitée une hospitalisation ou un traitement antibiotique IV) :

□ OUI □ NON

* Type d’infection : ………………………………………

Remarques : …………………………………………………………………………..

* Développement psychomoteur normal ? □ OUI □ NON

Si non, préciser :

* Retard mental (QI < 70) □
* Retard isolé du développement moteur □
* Retard du développement du langage oral □
* Dyslexie □
* Dysorthographie □
* Dyscalculie □
* Trouble déficitaire de l’attention avec ou sans hyperactivité □
* Trouble de l’acquisition de la coordination □

Remarques : ……………………………………………………………………………….