**RHUPUS, Rituximab, Abatacept ou Tocilizumab.**

 Cette  fiche  de  recueil  est  à  retourner  à  l’attention  de  Guillaume LAUSTRIAT

Adresse : Guillaume LAUSTRIAT, service  de  rhumatologie  du  Pr  CANTAGREL, CHU Pierre Paul Riquet - PURPAN. Place du Dr Baylac, 31059 Toulouse Cedex09

Fax : 05 61 77 73 75

Mail : guillaume.laustriat@hotmail.fr

 NOM : |\_\_\_||\_\_\_||\_\_\_| Prénom : |\_\_\_||\_\_\_||\_\_\_|

Sexe : Homme  Femme

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

 Médecin : Hôpital :

 Mail :

**Merci de nous faire parvenir les compte ­rendus d’hospitalisation et de consultations.**

**DONNEES  CLINIQUES  du RHUPUS**

* **Date  de  diagnostic du LUPUS (JJ/MM/AAAA) :**

**Critères  diagnostiques  ACR (1997)  initialement présents  (entourez les  critères  présents  chez  votre patient) :**

1. Rash malaire

2. Lupus discoïde

3. Photosensibilité ;

 4. Ulcérations orales ou nasopharyngées ;

 5. Arthrites non érosives touchant au moins 2 articulations périphériques, caractérisées par une douleur, un gonflement ou un épanchement ;

6. Pleurésie ou péricardite ;

7. Protéinurie persistante > 0,5 g/jour ou cylindrurie ;

8. Convulsions ou psychose (en l’absence de cause médicamenteuse ou métabolique) ;

9. Atteinte hématologique :

- anémie hémolytique,

- leucopénie < 4 000/µl constatée à 2 reprises,

- lymphopénie < 1 500/µl constatée à 2 reprises,

- thrombopénie < 100 000/µl, en l’absence de drogues cytopéniantes ;

10. Titre anormal de facteurs antinucléaires par immunofluorescence

11. Perturbations immunologiques :

-Titre anormal d’anticorps anti-ADN natif,

-anticorps anti-Sm, ou présence d’anticorps antiphospholipides : sérologie syphilitique dissociée constatée à 2 reprises en 6 mois ou anticoagulant circulant de type lupique ou titre anormal d’anticorps anticardiolipine en IgG ou IgM.

**Score ≥ à 4 :**

* **Date de diagnostic de la PR (JJ/MM/AAAA) :**
1. **Critère ACR/EULAR 2010 (entourez les critères présents chez votre patient) :**

**Type d’atteinte articulaire (0-5)**

1 articulation moyenne ou grosse 0

2-10 articulations moyennes ou grosses 1

1-3 petites articulations 2

4-10 petites articulations 3

>10 articulations (au moins 1 petite articulation) 5

**Sérologie (0-3)**

Ni FR ni ACPA 0

Au moins un test faiblement positif 2

Au moins un test fortement positif 3

**Durée de la synovite (0-1)**

 <6 semaines 0

>6 semaines 1

**Marqueurs de l’inflammation (0-1)**

 Ni CRP ni VS élevée 0

CRP ou VS élevée 1

**Au TOTAL : score (≥ à 6) :**

1. OU **CRITERE ACR 1987**:

1. Raideur matinale (articulaire ou péri articulaire) d’au moins une heure.

2. Arthrite d’au moins trois articulations

3. Arthrite des articulations de la main

4. Arthrite symétrique

5. Nodules rhumatoïdes

6. présence du facteur rhumatoïde

7. Lésions radiologiques typiques sur les clichés des mains et des poignets

**Score ≥ à 4 :**

**Description clinique (oui/non. Si oui, description éventuelle):**

1. **Versant lupique :**

Atteinte cutanée :

Atteinte sérique :

Atteinte rénale :

Atteinte neuro :

Atteinte hémato :

1. **Versant PR :**

Erosive :

Atteinte pneumo :

Atteinte dermato :

Vascularite :

Atteinte ophtalmo :

Atteinte hémato (Felty) :

Amylose :

1. **Statut sérologique (résultat + normes du labo) :**

FR :

ACPA :

Anti Dna :

ACAN :

Anti Ena :

**TRAITEMENTS ANTERIEURS POUR Le RHUPUS : Précisez  les  dates et doses**

Plaquenil :

Methotrexate :

Tocilizumab :

Abatacept :

Rituximab :

Anti TNF :

Imurel :

Ciclopsorine :

Dapsone :

Cellcept :

Cyclophospamide PO ou IV :

Leflunomide :

Ig IV :

Corticoïde :

Autres :

**AUTRES  ANTECEDENTS**

1. **Cardio-vasculaire :**

 HTA :

 Diabète :

 Tabac :

 Dyslipidémie :

 Angor :

Autre :

1. **Insuffisance d’organes (préciser l’origine) :**

 Insuffisance rénale :

 Insuffisance respiratoire :

 Insuffisance hépatique :

 Insuffisance cardiaque :

1. **Infection sévère, Si oui, précision :**
2. **Déficit immunitaire : Si oui, précision :**
3. **Cancer :** Si oui, type : année du diagnostic : Rémission :
4. **Allergie sévère :**
5. **Maladie auto-immune, Si  oui,  précision :**

**TRAITEMENT**

1. **Biothérapie choisie :**

 DCI :

Protocole :

Date d’initiation et de Dernière perfusion (si arrêt) :

Nombre de Cycle :

1. **Etat clinique et biologique à l’initiation de la biothérapie:**
* **Clinique**

EVA patient (/100) :

Atteinte articulaire : DAS 28 (et NAD et NAG) :

Atteinte cutané (préciser):

Autres atteintes clinique (préciser) :

* **Biologique :**

CRP (mg/L) :

Créatinine (µmol/L) : Protéinurie (g/L ou g/g) :

NFS : HB (g/dl) LeucocyteG/L : Plaquettes G/L :

PNN : Lymphocytes totaux : Lymphocyte  B :

Taux  de  gammaglobulines total : dont IgG :    IgA :  IgM :

Ac anti DNA :

ACPA : FR :

1. **Traitements concomitants:**

Dose de corticoides :

Autres :

**Suivi (Efficacité ou Arrêt) :**

Date du denier suivi :

**Evaluation  de  l’efficacité  globale  du  traitement :**

* **Sur  les  signes  cliniques   :**

EVA patient (/100) :

Atteinte articulaire : DAS 28(et NAD et NAG) :

Atteinte cutané (amélioration oui ou non):

Autres atteintes clinique (préciser) :

* **Biologique :**

CRP (mg/L) :

Créatinine (µmol/L) : Protéinurie (g/L ou g/g) :

NFS : HB (g/dl) Leucocyte G/L : Plaquettes G/L :

PNN : Lymphocytes totaux : Lymphocyte  B :

Taux  de  gammaglobulines total : dont  IgG :    IgA : IgM :

Ac anti DNA : FR : ACPA :

* **Dose de corticoides :**
* **Arrêt possible d’un autre traitement :**

**Maintien de la biothérapie : oui/non**

**Si non, précisez : inefficacité ou effet indésirable (voir ci-dessous)**

**Si oui, donner la date de la dernière évaluation :**

**Effets indésirables, si oui precisez :**

Réactions  à  la  perfusion :

Infections  sévères :

Maladie auto‐immune :

Vascularite :

Cancer :

Cytopénies :

Autre: