### Recueil des données

* Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Initial Nom, initial Prénom :
* **Grossesse incluse dans le GR2** : Oui Non,

Si OUI : ne pas remplir le document joint, numéro inclusion GR2 : \_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

Si NON, merci de remplir le document joint, nous sommes à votre disposition pour apporter une aide à son remplissage :

* Date du diagnostic de Lupus (4 critères SLICC présents): \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mois/années)
* Critères SLICC 2012 pour le LES (4 critères simultanés ou successifs sont nécessaires pour porter le diagnostic de LES OU atteinte rénale avec FAN ou anticorps anti-DNA) :
* Eruption malaire en aile de papillon/ photosensibilité / Lupus érythémateux cutané aigu
* Eruption de lupus discoïde
* Ulcérations buccales ou nasopharyngées
* Alopécie non cicatricielle
* Polyarthrite non érosive / Arthrites non érosives touchant au moins 2 articulations périphériques, caractérisées par une douleur, un gonflement ou un épanchement
* Pleurésie ou péricardite
* Atteinte rénale : protéinurie >0,5g/j ou cylindres hématiques
* Atteinte neurologique
* Anémie hémolytique
* Leucopénie OU Lymphopénie < l,000/mm3
* Thrombocytopénie
* Titre anormal de facteurs antinucléaires
* Anticorps anti-ADN natif supérieurs à la norme
* Anti-Sm
* Biologie AntiPhosphoLipides (APL) positive : Ac AntiCoagulant Circulant (ACC)
* Biologie APL positive : Ac Anti-CardioLipine (ACL)
* Biologie APL positive : Ac anti-Beta-2GP1
* Biologie APL positive : VDRL
* Diminution du complément
* Test de Coombs direct positif
* **SLICC Damage** : Oui Non

*Si oui précisez :*

* **APL associé** : Oui Non

*Si oui précisez :*

* **SAPL associé** : Oui Non

*Si oui précisez :*

* **Belimumab poursuivi en cours de grossesse**
  + Oui
  + Non (interrompu dans les 12 mois précédant la grossesse)
* **Dates, dose, voie du traitement par Belimumab** :
  + Date de début : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
  + Dose :
  + Voie :
  + Date d’arrêt \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, le cas échéant (c.a.d ne pas remplir si pas d’arrêt pendant la grossesse)
  + Raison de l’arrêt :

|  |
| --- |
|  |
|  |

* **Autres traitements dans les 12 mois avant la grossesse et pendant la grossesse** **:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DCI | 12 mois avant la grossesse | | Pendant la grossesse | |
| Date de début | Date de fin | Date de début | Date de fin |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **Date de début de grossesse** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**OU Date des dernières règles** : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
* **Grossesse programmée**: Oui Non

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

* Y-a-t-il eu une **poussée de lupus pendant la grossesse** ?

Oui Non Non renseigné

Si oui, merci de préciser les atteintes et la date :

* Y-a-t-il eu des **complications pendant la grossesse** (HELLP, pré éclampsie, petit poids pour l’âge gestationnel, anomalie du volume de liquide amniotique, HRP) ? Oui Non

Si oui, merci de préciser les atteintes et la date :

* **Antécédents personnels :**

- Malformations congénitales Oui Non

- Fausses couches Oui Non

- Autres antécédents médico-chirurgicaux (diabète, HTA….) :

* **Issue de la grossesse :**

Naissance vivante

Fausse couche spontanée (si coché préciser)

*Préciser si examen foetopathologique :*

Mort fœtale in utero (si coché préciser)

*Préciser contexte de survenue et si examen foetopathologique* :

Interruption médicale de grossesse (si coché préciser)

*Préciser le motif, résultat d’examen foetopathologique :*

Interruption volontaire de grossesse

Autre (si coché préciser)

*Précision autre :*

* **Date d’issue de la grossesse (quelle que soit l’issue)** : \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Si naissance vivante**

* Sexe : fille garçon,
* Poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ g
* Taille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm
* PC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm
* Apgar à 1 minute et 5 minutes : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* L’enfant a -t-il présenté des malformations ? Oui Non

*Si oui merci de préciser (fournir tout document utile, CR d’examen…) :*

* L’enfant-a-t-il eu besoin d’être hospitalisé ? Oui Non

*Si oui merci de préciser le motif d’hospitalisation et la date :*

* Une NFS et/ou dosage des lymphocytes B ont-ils été effectués à la naissance ?

Oui Non

*Si oui, merci de préciser leurs résultats :*

* L’enfant a -t-il été vacciné :
* **contre le BCG** : Oui, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Non
* **contre le ROR** : Oui, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Non

Y a-t-il eu des réactions "inhabituelles" au décours de cette/ces vaccination(s) ?  Oui Non

*Si oui, merci de préciser leurs résultats :*

* L’enfant-a-t-il eu des infections inhabituelles durant la 1ère année de vie ?

Oui Non

*Si oui, merci de préciser le motif d’hospitalisation et la date :*