

AMYLOSES SECONDAIRES

(Pr Mariette / Dr Gottenberg)

PATHOLOGIE PRIMITIVE

Centre hospitalier de :

1 Caractéristiques du patient

Identification du patient : Nom

Prénom

• Sexe : F M

• Age : ans

• Poids actuel : Kg

• Taille actuelle : cm

2 Type de maladie traitée (pathologie primitive) :

- | | mois | année |
|--|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite Rhumatoïde | Date de diagnostic : <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Arthrite chronique juvénile | Date de diagnostic : <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthrite ankylosante | Date de diagnostic : <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres : | Date de diagnostic : <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3 Antécédents chirurgicaux en rapport avec la pathologie (ex : prothèse de hanche) :

Oui Non

Si Oui, précisez : Date :

..... Date :

..... Date :

④ Traitements de fond antérieurs et en cours (traitement(s) de fond prescrits pour la maladie responsable de l'amylose) :

Type de médicament	Date de début	Date de fin	En cours																				
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>

Corticothérapie :

Dose moyenne d'équivalent-prednisone par jour :

--	--	--

 mg/j

Durée cumulée d'exposition aux corticoïdes :

--	--	--

 année(s)

--	--	--

 mois

AINS :

Durée cumulée d'exposition aux AINS :

--	--	--

 année(s)

--	--	--

 mois

TYPE D'AMYLOSE

1 Date des 1^{ers} signes d'amylose (cochez et précisez la date) :

Insuffisance rénale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Protéinurie:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diarrhées :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autres :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Nature des organes dont la biopsie a prouvé l'atteinte amyloïde (cochez une ou plusieurs cases et précisez la date de la ou des biopsies) :

<input type="checkbox"/> Peau <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																<input type="checkbox"/> Rein <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>															
<input type="checkbox"/> Graisse /cutanée <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																<input type="checkbox"/> Ostéo-médullaire <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>															
<input type="checkbox"/> BGSA <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																<input type="checkbox"/> Nerf <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>															
<input type="checkbox"/> Tube digestif (anse digestive, rectum) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																<input type="checkbox"/> Foie <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>															
<input type="checkbox"/> Biopsie synoviale <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																<input type="checkbox"/> Cœur <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>															
<input type="checkbox"/> Autres : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>																															

3 Nature des organes dont l'atteinte amyloïde est suspectée sans être prouvée histologiquement :

Peau Rein Graisse /cutanée Ostéo-médullaire BGSA Nerf

Tube digestif Foie Biopsie synoviale Cœur

Immunomarquage SAA (0 : non, 1 : oui) :

--

Pour chaque organe, veuillez vous reporter à la page correspondante :

- Tube digestif ☞ page
- Biopsie Synoviale ☞ page
- Rein ☞ page
- Ostéo-médullaire ☞ page
- Nerf ☞ page
- Foie ☞ page
- Cœur ☞ page
- Peau ☞ page
- Autres ☞ doit faire l'objet d'une autre fiche de suivi

AMYLOSE RENALE

1 Protéinurie

Date de 1^{ère} apparition protéinurie : / / -- Résultats : / 24 h

Electrophorèse des protéines sériques :

Albuminémie : g/l

Immunofixation des protéines sériques : composant monoclonal (0 : non, 1 : oui) :

Immunofixation des protéines urinaires : composant monoclonal (0 : non, 1 : oui) :

2 Insuffisance rénale

Date de l'apparition insuffisance rénale : / / --

Créatininémie : / / -- Résultats : $\mu\text{mol/l}$

Clairance : / / -- Résultats : ml/min

Résultats protéinurie / créatininémie / clairance des années antérieures et en cours :

	Année 1999	Année 2000	Année 2001	Année 2002
Protéinurie (/ 24 h)				
Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)				
Clairance (ml/min)				

3 Atteinte histologique rénale

L'atteinte rénale amyloïde a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

Présence d'une néphropathie interstitielle chronique sur l'histologie de la biopsie rénale :

Oui Non Si Oui, précisez :

Dépôts amyloïdes (cochez 1 ou plusieurs cases) :

glomérulaire interstitium tubulaire

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte rénale, existe-t-il d'autres causes de protéinurie (médicament, diabète,...) ou d'insuffisance rénale ?

Oui

Non

Si Oui, précisez :

● **Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde rénale (début d'un traitement diurétique, IEC, mise en place fistule artério-veineuse, date 1^{ère} dialyse,....)**

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours																				
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<input type="checkbox"/>

AMYLOSE DU TUBE DIGESTIF

1 Symptomatologie clinique du tube digestif

Oui Non Si Oui, date des 1^{ers} signes cliniques :

Hémorragie digestive : Oui Non

Nombre de selles par jour :

Amaigrissement : Oui Non

Si Oui, précisez : perte de poids de (kg) depuis mois

2 Biopsies du tube digestif (cochez 1 ou plusieurs cases et précisez les dates des biopsies)

estomac duodénum

jéjunum rectum

Malabsorption Oui Non

Si Oui, reportez dans le tableau suivant les résultats du dernier bilan avant le début des anti-TNF :

Date du bilan : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Résultats
Calcémie (unités)	
Phosphorémie	
Ferritine	
B12	
Folates	
D xylose	
Test de Schilling	
Poids des selles (recueil de 72h)	
Clairance de l' α-1-antitrypsine	

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte amyloïde du tube digestif, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte digestive ?

Oui Non Si Oui, précisez :

③ Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde du tube digestif (nutrition parentérale, intervention chirurgicale, hospitalisation en rapport, ...)

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours																				
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>

AMYLOSE CARDIAQUE

① Atteinte cardiaque

Oui Non

Date des 1^{ers} signes cliniques :

Type : syncope Insuffisance cardiaque clinique (dyspnée, œdèmes des membres inférieurs,..)
 Insuffisance coronarienne

Hypotension orthostatique Oui Non

Hypertension artérielle Oui Non Si Oui, date de début :

HTA contrôlée Oui Non

Signes anomalie ECG Oui Non Si Oui, Type :

Echocardiographie cardiaque Oui Non Date :

Fraction d'éjection : % Epaisseur septum : mm

Aspect hyperéchogène Oui Non

Dysfonctionnement systolique Oui Non / diastolique Oui Non

Scintigraphie cardiaque réalisée Oui Non

Résultat FEVG : % de la normale

Coronarographie réalisée Oui Non Si Oui, date :

Résultat :

② Atteinte histologique cardiaque

L'atteinte cardiaque amyloïde a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte cardiaque amyloïde, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte cardiaque ?

Oui Non Si Oui, précisez :

AMYLOSE HEPATIQUE

1 Atteinte hépatique clinique (prurit, ictère, insuffisance hépatique, hépatomégalie)

Oui Non

2 Anomalies du bilan hépatique

Oui Non

Date de 1^{ère} anomalie : | |

ASAT : X la normale

ALAT : X la normale

GammaGT : X la normale

Phosphatase Alcaline : X la normale

Bilirubine totale : μmol/l

Bilirubine conjuguée : μmol/l

TP : %

Facteur V : %

3 Atteinte histologique hépatique

L'atteinte hépatique amyloïde a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte hépatique amyloïde, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte hépatique ?

Oui Non Si Oui, précisez :

4 Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde hépatique (ponction d'ascite, hémorragie digestive, transfusion, hospitalisation,..)

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

AMYLOSE DU SYSTEME NERVEUX

1 Atteinte neurologique clinique

Oui Non Date des 1^{ers} signes cliniques :

Atteinte neurologique périphérique Oui Non Type :

EMG non réalisé

réalisé Date de réalisation :

EMG normal

EMG pathologique

↳ Atteinte neurologique périphérique

axonale démyélinisante axonale et démyélinisante

↳ Vitesse de conduction

Membres supérieurs :m/s

.....m/s

Membres inférieurs :m/s

.....m/s

2 Atteinte histologique neurologique

L'atteinte neurologique amyloïde a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte neurologique amyloïde, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte neurologique ?

Oui Non Si Oui, précisez :

3 Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde neurologique

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

AMYLOSE ET TROUBLES DE LA COAGULATION

1 Manifestation hémorragique

Oui Non Si Oui, date du 1^{er} épisode :
nature de l'hémorragie :

2 Atteinte hématologique

Oui Non Si Oui, date de début :

Si Oui, reportez dans le tableau suivant les résultats du dernier bilan avant le début des anti-TNF :

Date du bilan : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Résultats
Globules blancs (/mm ³)	
Hb (/mm ³)	
Plaquettes (/mm ³)	

3 Autres anomalies

TP %

TCA Allongé sec.

Facteur X %

Autres Oui Non Si oui, précisez :

4 Atteinte histologique hématologique

L'atteinte hématologique amyloïde a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte hématologique amyloïde, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte hématologique ?

Oui Non Si Oui, précisez :

5 Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde hématologique (transfusion, intervention à visée d'hémostase, hospitalisation,

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours																								
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<input type="checkbox"/>
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													<input type="checkbox"/>

AMYLOSE DES GLANDES ENDOCRINES

1 Atteinte clinique des glandes endocrines

Oui Non Date des 1^{ers} signes cliniques :

Nature de l'atteinte

Goitre Dysthyroïdie

Autre(s) Oui Non Si Oui, précisez :

2 Atteinte biologique des glandes endocrines

Date 1^{ères} anomalies biologiques :

TSH : UI/ml T3 : UI/ml

T4 : UI/ml Autres :

Anticorps antithyroïdiens Oui Non Si Oui, précisez :

3 Atteinte histologique des glandes endocrines

L'atteinte amyloïde des glandes endocrines a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte amyloïde des glandes endocrines, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte des glandes endocrines ?

Oui Non Si Oui, précisez :

4 Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde des glandes endocrines (chirurgie, opothérapie substitutive, hospitalisation,....)

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

AMYLOSE CUTANEE

1 Atteinte cutanée

Oui Non

Date des 1^{ers} signes cliniques :

Surface corporelle : m²

2 Atteinte histologique cutanée

Biopsie réalisée Oui Non

Si Oui, précisez en peau saine

en peau lésée

L'atteinte amyloïde cutanée a-t-elle été prouvée histologiquement ?

Oui Non

En l'absence de preuve histologique de l'atteinte amyloïde cutanée, existe-t-il d'autres causes pouvant expliquer l'atteinte cutanée?

Oui Non Si Oui, précisez :

3 Traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux antérieurs, symptomatiques et non étiologiques de la maladie sous-jacente, se rapportant à l'atteinte amyloïde cutanée

Traitement	Date de début	Date de fin	En cours
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANOMEGALIE

Adénopathie Oui Non Date de début :

Hépatomégalie Oui Non Date de début :

Splénomégalie Oui Non Date de début :

Macroglossie Oui Non Date de début :

Goitre Oui Non Date de début :

Autres ; précisez et datez :

..... Date de début :

Si des examens morphologiques ont été réalisés (échographie, TDM), précisez les dimensions de l'organe augmenté de volume

	A l'examen clinique	Grand Axe	
		Echographie	TDM
Foie (flèche hépatique)	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
Goitre	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
Rate (à la palpation)	<input type="text"/> <input type="text"/> cm		
Adénopathie	<input type="text"/> <input type="text"/> cm		
Autre :	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> cm

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE L'AMYLOSE (1/1)

Antécédent de traitement de l'amylose (chloraminophène, cyclophosphamide, azathioprine, cochicine, autre....) DIFFERENT du traitement de la pathologie responsable de l'amylose

Oui Non Si oui, complétez le tableau suivant :

Type de médicament et posologie	Dates	Efficacité	Commentaire
	Date de début : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> En cours <input type="checkbox"/> Date de fin : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de début : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> En cours <input type="checkbox"/> Date de fin : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de début : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> En cours <input type="checkbox"/> Date de fin : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de début : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> En cours <input type="checkbox"/> Date de fin : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TRAITEMENT PAR INFLIXIMAB

Dates et Heures de perfusion	Poids	Posologie	Réaction immédiate lors de la perfusion ou dans les 2 heures suivant la perfusion
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> <p>Heure de début : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p> <p>Heure de fin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> kg	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> mg/kg	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> <p>Heure de début : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p> <p>Heure de fin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> kg	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> mg/kg	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> <p>Heure de début : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p> <p>Heure de fin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> kg	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> mg/kg	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> <p>Heure de début : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p> <p>Heure de fin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> kg	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> mg/kg	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> <p>Heure de début : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p> <p>Heure de fin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-right: 5px;"> </div> h <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px; margin-right: 5px;"> </div> mn</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> kg	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"> </div> mg/kg	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

TRAITEMENT PAR ETANERCEPT

Semaine	Poids	Nombre de s.c entre 2 visites et Posologie	Réaction lors de l'injection
S1	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S4	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S8	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :
S...	_ _ _ kg	Nbre : _ _ _ _ mg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez :

EVENEMENTS INTERCURRENTS

Description	Intensité 1) légère 2) modérée 3) sévère	Dates	Relation avec anti TNF 1) aucune 2) douteuse 3) possible 4) probable	Grave (O/N)	Traité (O/N)	Arrêt anti TNF (O/N)
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				
.....		Début Fin				

TRAITEMENTS EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF

Nom commercial	Posologie/jour	Voie	Dates
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

BILAN D'EFFICACITE SUR LA PATHOLOGIE PRIMITIVE

(Veuillez cocher la case correspondante)

- POLYARTHRITE RHUMATOIDE / ARTHRITE CHRONIQUE JUVENILE**
- SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE**
- AUTRE MALADIE :**

BILAN D'EFFICACITE

□ POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

□ ARTHRITE CHRONIQUE JUVENILE

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Perfusion Infliximab (mg/kg)												
Injection Etanercept (mg) + nbre inj. entre 2 visites												
DAS28*												
Nbre d'articulations douloureuses												
Nbre d'articulations gonflées												
EVA Douleur (mm)												
Evaluation globale par le patient – EVA (mm)												
Evaluation globale par le médecin – EVA (mm)												
Dérouillage matinal (O/N)												
Cortancyl dose (mg/j)												
Efficacité du traitement sur la PR (O/N)												

BILAN D'EFFICACITE

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Perfusion Infliximab (mg/kg)												
Injection Etanercept (mg) + nbre inj. entre 2 visites												
ASAS												
BASDAI												
Nbre d'articulations douloureuses												
Nbre d'articulations gonflées												
Dérouillage matinal (O/N)												
EVA Douleur (mm)												
Evaluation globale par le patient – EVA (mm)												
Evaluation globale par le médecin – EVA (mm)												
AINS (O/N)												
Corticoïdes (O/N)												
Efficacité du traitement sur la SPA (O/N)												

BILAN D'EFFICACITE

AUTRE MALADIE :

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Perfusion Infliximab (mg/kg)												
Injection Etanercept (mg) + nbre inj. entre 2 visites												
EVA Douleur (mm)												
Evaluation globale par le patient – EVA (mm)												
Evaluation globale par le médecin – EVA (mm)												
Corticoïdes (O/N)												
Efficacité du traitement sur la maladie (O/N)												

BILAN D'EFFICACITE SUR L'AMYLOSE

(Pour chaque organe coché dans le chapitre Type d'amylose,
veuillez cocher la ou les case(s) suivante(s) et compléter le ou les
bilans d'efficacité correspondante(s))

- AMYLOSE RENALE**
- AMYLOSE DU TUBE DIGESTIF**
- AMYLOSE CARDIAQUE**
- AMYLOSE HEPATIQUE**
- AMYLOSE DU SYSTEME NERVEUX**
- AMYLOSE ET TROUBLES DE LA COAGULATION**
- AMYLOSE DES GLANDES ENDOCRINES**
- AMYLOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE**
- AMYLOSE CUTANEE**

BILAN EFFICACITE AMYLOSE RENALE

Dates													
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)													
Evaluation activité amylose patient (mm)													
Evaluation activité amylose médecin (mm)													
CRP (mg/l)													
VS (mm/1 ^{ère} heure)													
SAA													
Signes cliniques (O/N)													
Créatininémie (µmol/l)													
Clairance (ml/min)													
Protéinurie (/ 24 h)													
Dialyse (O/N)													
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?													
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt													
Autre paramètre de suivi objectif													
EVENEMENTS INTERCURRENTS													
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »													
Evénement intercurrent (O/N)													
Hospitalisation (O/N)													
TRAITEMENTS EN COURS													
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »													
Modification de traitement (O/N)													
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde rénale* 1) 2) 3) 4)													

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE DU TUBE DIGESTIF

Dates													
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)													
Evaluation activité amylose patient (mm)													
Evaluation activité amylose médecin (mm)													
CRP (mg/l)													
VS (mm/1 ^{ère} heure)													
SAA													
Signes cliniques (O/N)													
Hémorragie digestive (O/N)													
Nbre de selles/jour													
Amaigrissement (ΔP)													
Malabsorption (O/N)													
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?													
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt													
Autre paramètre de suivi objectif													
EVENEMENTS INTERCURRENTS													
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »													
Evénement intercurrent (O/N)													
Hospitalisation (O/N)													
TRAITEMENTS EN COURS													
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »													
Modification de traitement (O/N)													
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde du tube digestif* 1) 2) 3) 4)													

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE CARDIAQUE

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)												
Evaluation activité amylose patient (mm)												
Evaluation activité amylose médecin (mm)												
CRP (mg/l)												
VS (mm/1 ^{ère} heure)												
SAA												
Ins. Card. clinique (O/N)												
Echocardiog. (O/N) FE (%) Septum (mm)												
Scintigraphie (O/N)												
Coronarog. (O/N)												
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?												
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt												
Autre paramètre de suivi objectif												
EVENEMENTS INTERCURRENTS												
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »												
Evènement intercurrent (O/N)												
Pacemaker (O/N)												
Hospitalisation (O/N)												
TRAITEMENTS EN COURS												
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »												
Modification de traitement (O/N)												
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde cardiaque* 1) 2) 3) 4)												

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE HEPATIQUE

Dates													
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)													
Evaluation activité amylose patient (mm)													
Evaluation activité amylose médecin (mm)													
CRP (mg/l)													
VS (mm/1 ^{ère} heure)													
SAA													
Signes cliniques (O/N)													
ASAT (x normale)													
ALAT (x normale)													
GGT (x normale)													
Ph. Alcal. (x normale)													
Bilirub. tot. (µmol/l) Bilirub. conj. (µmol/l)													
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?													
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt													
Autre paramètre de suivi objectif													
EVENEMENTS INTERCURRENTS													
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »													
Evènement intercurrent (O/N)													
Hospitalisation (O/N)													
TRAITEMENTS EN COURS													
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »													
Modification de traitement (O/N)													
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde hépatique* 1) 2) 3) 4)													

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE DU SYSTEME NERVEUX

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)												
Evaluation activité amylose patient (mm)												
Evaluation activité amylose médecin (mm)												
CRP (mg/l)												
VS (mm/1 ^{ère} heure)												
SAA												
Signes cliniques (O/N)												
EMG (O/N)												
EMG pathologique (O/N)												
Atteinte neurologique périphérique 1) Axonale 2) Démyélinisante 3) 1) + 2)												
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?												
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt												
Autre paramètre de suivi objectif												
EVENEMENTS INTERCURRENTS												
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »												
Evénement intercurrent (O/N)												
Hospitalisation (O/N)												
TRAITEMENTS EN COURS												
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »												
Modification de traitement (O/N)												
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde du système nerveux* 1) 2) 3) 4)												

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE HEMATOLOGIQUE

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)												
Evaluation activité amylose patient (mm)												
Evaluation activité amylose médecin (mm)												
CRP (mg/l)												
VS (mm/1 ^{ère} heure)												
SAA												
Signes cliniques (O/N)												
Hémorragie (O/N)												
Transfusion (O/N)												
Infection (O/N)												
Globules blancs (/mm ³)												
Hb (/mm ³)												
Plaquettes (/mm ³)												
Facteur X (%)												
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?												
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt												
Autre paramètre de suivi objectif												
EVENEMENTS INTERCURRENTS												
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »												
Événement intercurrent (O/N)												
Hospitalisation (O/N)												
TRAITEMENTS EN COURS												
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »												
Modification de traitement (O/N)												
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde hématologique* 1) 2) 3) 4)												

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE OSSEUSE ET ARTICULAIRE

Dates												
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)												
Evaluation activité amylose patient (mm)												
Evaluation activité amylose médecin (mm)												
CRP (mg/l)												
VS (mm/1 ^{ère} heure)												
SAA												
Signes cliniques (O/N)												
Nbre d'articulations douloureuses												
Nbre d'articulations gonflées												
Biopsie réalisée (O/N) si Oui laquelle ?												
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt												
Autre paramètre de suivi objectif												
EVENEMENTS INTERCURRENTS												
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »												
Evénement intercurrent (O/N)												
Hospitalisation (O/N)												
TRAITEMENTS EN COURS												
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »												
Modification de traitement (O/N)												
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde osseuse et articulaire* 1) 2) 3) 4)												

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

BILAN EFFICACITE AMYLOSE CUTANEE

Dates													
Semaines	S0	S...	S...	S10	S...	S...	S...	S...	S30	S...	S...	S...	S54
Poids (kg)													
Evaluation activité amylose patient (mm)													
Evaluation activité amylose médecin (mm)													
CRP (mg/l)													
VS (mm/1 ^{ère} heure)													
SAA													
Signes cliniques (O/N)													
Augmentation surf. corporelle (O/N)													
Hématome spontané (O/N)													
Biopsie réalisée 1) Peau saine 2) Peau lésée (O/N) si Oui laquelle ?													
Résultat biopsie 1) Disparition dépôt amyloïde 2) Diminution dépôt 3) Stabilisation dépôt 4) Augmentation dépôt													
Autre paramètre de suivi objectif													
EVENEMENTS INTERCURRENTS													
SI EVENEMENT INTERCURRENT OU HOSPITALISATION REPORTEZ VOUS A LA PAGE « EVENEMENTS INTERCURRENTS »													
Evénement intercurrent (O/N)													
Hospitalisation (O/N)													
TRAITEMENTS EN COURS													
SI MODIFICATION DE TRAITEMENT REPORTEZ VOUS A LA PAGE « TRAITEMENT EN COURS AUTRE QUE ANTI-TNF »													
Modification de traitement (O/N)													
Jugement sur l'évolution de la maladie amyloïde cutanée* 1) 2) 3) 4)													

- * 1) Régression histologique de l'amylose
 2) Amélioration fonctionnelle de l'organe atteint
 3) Stabilité fonctionnelle de l'organe atteint
 4) Détérioration ou apparition d'une nouvelle localisation amyloïde

ARRET DU TRAITEMENT ANTI-TNF

Infliximab Date de dernière perfusion :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Etanercept Date de dernière injection :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Motif de l'arrêt :

- inefficacité
- événement indésirable grave :
- événement intercurrent :
- souhait du patient
- mauvaise compliance
- décès : date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- autre :

En cas d'arrêt de l'anti-TNF pour inefficacité ou événement indésirable, une autre alternative thérapeutique a-t-elle été instaurée ?

- Non
- Oui Si Oui, précisez :