ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE (AJI)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa ON K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
Courriel : pcsp@cps.ca
Site Web : www.cps.ca/pcsp

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS DE L'ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE

Déclarer tout enfant de16 ans ou moins qui consulte pour la première fois à cause :

- de l'arthrite : inflammation persistante d'au moins une articulation, définie comme :
  - un œdème ou une effusion, ou
  - la présence d'au moins deux des signes suivants :
    - amplitude de mouvement limitée
    - sensibilité au mouvement
    - douleur au mouvement
- de la durée de la maladie : au moins six semaines

Critères d'exclusion
Toute autre maladie pertinente (p. ex., infection, tumeur maligne, autre maladie inflammatoire systémique).

(Traduit de la définition de cas de l'*International League of Associations for Rheumatology classification of Juvenile Idiopathic Arthritis*, Petty et coll., 2004 [voir l'annexe dans le protocole])

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : _____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Ethnie : Première nation ____ Innu ____ Inuit ____ Métis ____ Asiatique ____ Noir ____ Blanc ____
Latino-américain ____ Moyen-oriental ____ Autre (précisez) : _____ Inconnu ____

SECTION 2 – DIAGNOSTIC : PRÉSENTATION ET EXPLORATIONS

2.1 Le patient a-t-il consulté pour ce problème (cochez toutes les réponses applicables) :
salle d'urgence ___ clinique sans rendez-vous ___ cabinet d'un pédiatre ___ autre _____

2.2 Date de votre premier examen de l'enfant pour ce problème : _____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)

2.3 Date d'apparition des symptômes d'AJI : _____ /_____ (MM AAAA)

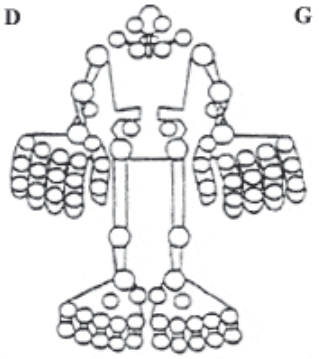
2.4 Date du diagnostic : _____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)

2.5 Signes et symptômes cliniques à la consultation :

	Non	Oui	Inconnu
2.5.1 Douleurs articulaires	___	___	___
2.5.2 Œdème articulaire	___	___	___
2.5.3 Claudication	___	___	___
2.5.4 Raideur au lever	___	___	___

SECTION 2 – DIAGNOSTIC : PRÉSENTATION ET EXPLORATIONS (suite)

2.6 Articulations touchées par l'arthrite (sur le diagramme, encerclez toutes les articulations touchées) :



2.7 Signes et symptômes cliniques :	**Non**	**Oui**	**Inconnu**
2.7.1 Fièvre pendant au moins 2 semaines	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez si elle augmentait tous les jours	___	___	___
2.7.2 Éruption systémique de l'AJI (maculaire ou papulaire érythémateuse, évanescente, rose saumon)	___	___	___
2.7.3 Hépatomégalie	___	___	___
2.7.4 Splénomégalie	___	___	___
2.7.5 Péricardite	___	___	___
2.7.6 Pleurite	___	___	___
2.7.7 Uvéite aiguë (douloureuse ou yeux rouges)	___	___	___
2.7.8 Uvéite chronique asymptomatique	___	___	___
2.7.9 Psoriasis	___	___	___

2.8 Explorations :	**Non**	**Oui**	**Positive**	**Négative**	**Inconnue**
2.8.1 Antigène HLA B-27	___	___	___	___	___
2.8.2 Facteur rhumatoïde	___	___	___	___	___
2.8.3 Anticorps antinucléaire	___	___	___	___	___

SECTION 3 – PRISE EN CHARGE

3.1 Médicaments prescrits :

3.1.1 Analgésiques (comme de l'acétaminophène, etc.) : Non ___ Oui ___

Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____

Date de début : _____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

3.1.2 Anti-inflammatoires (comme de l'ibuprofène, du naproxène, etc.) : Non ___ Oui ___

Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____

Date de début : _____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

3.1.3 Stéroïdes (comme de la prednisone) : Non ___ Oui ___

Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____

Date de début : _____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

Dans l'affirmative, précisez le mode d'administration : voie orale ___ voie intraveineuse ___

SECTION 3 – PRISE EN CHARGE (suite)

3.1.4 Traitement de fond (comme le méthotrexate, etc.) : Non ___ Oui ___
Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
Date de début : _____ /_____ /_____
JJ MM AAAA

3.1.5 Autres médicaments, précisez : _____
_____
_____
_____

3.2 Aiguillage vers :	**Non**	**Oui**	**Date de l'aiguillage**
3.2.1 un pédiatre rhumatologue	___	___	_____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)
3.2.2 un rhumatologue pour adulte	___	___	_____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)
3.2.3 un chirurgien orthopédique	___	___	_____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)
3.2.4 un physiothérapeute	___	___	_____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)
3.2.5 d'autres personnes : _____	___	___	_____ /_____ /_____ (JJ MM AAAA)

3.3 Diagnostic définitif :

3.3.1 Le diagnostic a-t-il changé depuis la première déclaration d'AJI? Non ___ Oui ___
Dans l'affirmative, précisez : _____
Dans la négative, un sous-type a-t-il été attribué (voir l'annexe dans le protocole)?
Non ___ Oui ___, sous-type _____

3.3.2 Qui a posé le diagnostic de sous-type? urgentologue ___ pédiatre ___ pédiatre rhumatologue ___
rhumatologue pour adulte ___ quelqu'un d'autre, précisez : _____

SECTION 4 – MEDECIN DECLARANT

Pédiatre ___ Pédiatre avec surspécialité ___ Autre, précisez : _____

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(AJI 2007-10)