

SECTION 2 – DIAGNOSTIC

2.1 Cardite

2.1.1 Valvulopathie mitrale : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, précisez les observations cliniques : _____

Sténose : légère ___ modérée ___ grave ___

Régurgitation : légère ___ modérée ___ grave ___

2.1.2 Valvulopathie aortique : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, précisez les observations cliniques : _____

Sténose : légère ___ modérée ___ grave ___

Insuffisance : légère ___ modérée ___ grave ___

2.1.3 Maladie des valvules droites : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, décrivez les symptômes et les signes : _____

2.1.4 Péricardite : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, décrivez les symptômes et les signes : _____

2.1.5 Insuffisance cardiaque congestive : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, décrivez les symptômes et les signes : _____

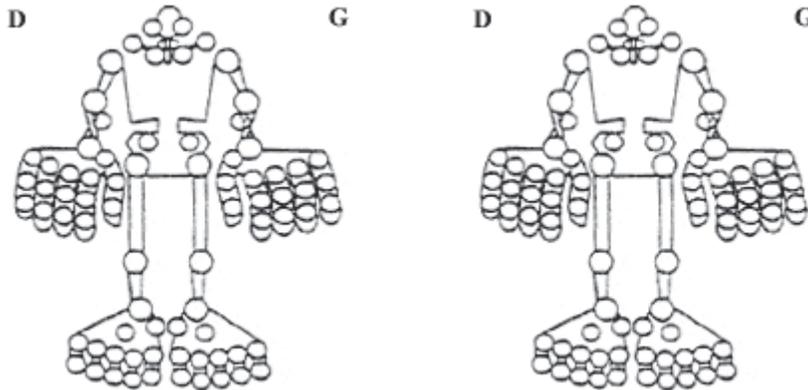
2.2 Polyarthrite

2.2.1 Encerlez les articulations touchées :

Arthralgie

Arthrite

Arthrite migratoire



Oui ___
Non ___
Inconnu ___

2.3 Chorée

2.3.1 Labilité émotionnelle : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.3.2 Changement de personnalité : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.3.3 Mouvements irrationnels : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l’affirmative, précisez les membres atteints : _____

2.3.4 Faiblesse motrice : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.3.5 Présence d’anticorps antineuronaux : Oui ___ Non ___ Non vérifiée ___

2.4 Érythème marginé : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.5 Nodosités sous-cutanées : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.6 Fièvre : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 2 – DIAGNOSTIC (suite)

- 2.7 Croissance des réactants de phase aiguë :
- 2.7.1 Vitesse de sédimentation globulaire (VSG) : Oui ___ Non ___ Inconnu ___
 Résultats _____ mm/h
- 2.7.2 Protéine C réactivée (PCR) : Oui ___ Non ___ Inconnu ___ Résultats _____ µg/L
- 2.8 Observations d'infection streptococcique
- 2.8.1 Prélèvement de gorge positif : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez la date : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA
- 2.8.2 Test de la souche M : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez les résultats : _____
- 2.8.3 Épreuve d'antigène rapide positive : Oui ___ Non ___
- 2.8.4 Titre d'anticorps streptococcique (favorisé) : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez les résultats : _____

SECTION 3 – TRAITEMENT

- 3.1 Alitement recommandé : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez la durée : _____
- 3.2 Médication
- 3.2.1 Antibiotiques
- Pénicilline : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez :
 Date : ___ / ___ / ___ Dose : _____ Durée : _____
JJ MM AAAA
 - Autres antibiotiques : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
 Date : ___ / ___ / ___ Dose : _____ Durée : _____
JJ MM AAAA
- 3.2.2 Anti-inflammatoire : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
 Date : ___ / ___ / ___ Dose : _____ Durée : _____
JJ MM AAAA
- 3.2.3 Médicament contre l'insuffisance cardiaque congestive : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
 Date : ___ / ___ / ___ Dose : _____ Durée : _____
JJ MM AAAA
- 3.2.4 Antichoréique, y compris les neuroleptiques : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
 Date : ___ / ___ / ___ Dose : _____ Durée : _____
JJ MM AAAA

SECTION 4 – ISSUE

- 4.1 Prophylaxie à la pénicilline : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, précisez le nom du médicament : _____
 Dose : _____ Mode d'administration : Oral ___ IM ___
- 4.2 Récurrence jusqu'à maintenant : Oui ___ Non ___
 Dans l'affirmative, décrivez les effets secondaires : _____
 Atteinte : _____

SECTION 4 – ISSUE (suite)

4.2.1 Cardiaque

- Maladie valvulaire résiduelle : Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- Besoin de médication continue : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez le médicament : _____

Dose : _____ Mode d'administration : Oral ___ IM ___

- Intervention chirurgicale : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez le nom de la valvule : _____

➤ Réfection valvulaire : Oui ___ Non ___

➤ Prothèse valvulaire : Oui ___ Non ___

Bioprosthétique : Oui ___ Non ___ Mécanique : Oui ___ Non ___

4.2.2 Articulaire

- Besoin de traitement continu : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, décrivez : _____

4.2.3 Neurologique

- Besoin de médication continue : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, décrivez : _____

4.3 Revérification de l'éradication streptococcique : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez : Méthode _____

Résultats _____ Date : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA

SECTION 5 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(RAA 2004-04)