

SECTION 2 – TROUBLE SOUS-JACENT

- 2.1 Trouble exigeant un traitement aux GC : Asthme ___ Tumeur maligne ___ Syndrome néphrotique ___
 Maladie inflammatoire de l'intestin ___ Arthrite ___ Vasculite ___ Autre (précisez) _____
- 2.2 Autres médicaments (à l'exclusion des GC) : _____

- | | Oui | Non | Inconnu |
|---|-----|-----|---------|
| 2.3 Le trouble sous-jacent a-t-il provoqué une diminution de l'activité physique? | ___ | ___ | ___ |
| 2.4 Le traitement aux GC a-t-il provoqué une diminution de l'activité physique? | ___ | ___ | ___ |
| 2.5 Le patient a-t-il pris du poids en raison du traitement aux GC? | ___ | ___ | ___ |

SECTION 3 – TRAITEMENT ANTÉRIEUR AUX GLUCOCORTICOÏDES (GC)

- 3.1 Pour **chaque type de GC** utilisé dans le traitement du patient depuis un an, veuillez fournir les renseignements suivants :

Type de GC (p. ex., prednisone, fluticasone)	Voie (p. ex., orale, aérosol avec nébuliseur)	Dose* (mg/m ² ,mg/kg ou mcg)	Moment(s) d'administration (p.ex., matin seulement, matin et soir, soir seulement)	Durée (p. ex., x jours, mois, année)	Date de fin JJ / MM / AAAA

* Si les doses de GC étaient multiples, détaillez le plus possible.

- 3.2 Dernière dose de GC avant la présentation de la SS : Heure _____ Date ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA
- 3.3 Durée totale du traitement **antérieur** aux GC : ___ jours ___ semaines ___ mois ___ année
 (indiquez le nombre de jours, de semaines, etc.)

SECTION 4 – PRÉSENTATION DE LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE

- 4.1 Endroit où le patient a été vu en raison de la SS (cochez toutes les réponses applicables) :
 bureau ou clinique ___ département d'urgence ___ service ou unité de malades hospitalisés ___
 USI néonatale ___ USI pédiatrique ___
- 4.2 Présentation clinique de SS : Poussée d'insuffisance surrénalienne ___
 Insuffisance surrénalienne symptomatique ___
- 4.3 Date de présentation: ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA
- 4.4 Taille : ___ cm Poids ___ kg
- 4.5 Signes et symptômes à la présentation

Signes et symptômes	Oui	Non	Inconnu	Amélioration après le traitement aux GC?	
				Oui	Non
Hypotension ou choc					
Diminution du niveau de conscience					
Hypoglycémie inexplicite					
Hyponatrémie inexplicite					
Convulsion					
Retard de croissance					

Symptômes non spécifiques, **cochez toutes les réponses applicables** :

- faiblesse ___ fatigue ___ léthargie ___ anorexie ___ nausées ___ vomissements ___
 maux de ventre ___ myalgie ___ arthralgie ___ autre (précisez) _____

SECTION 4 – PRÉSENTATION DE LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE (suite)

4.6 Explorations générales à la présentation

Exploration	Résultat (unités)	Valeur normale (unités)	Non effectué	Inconnu
Glucose				
Sodium				
Potassium				
Autre, précisez :				

SECTION 5 – EXPLORATIONS SURRÉNALIENNES

5.1 Explorations surrénaliennes à la présentation

Exploration	Date	Heure (p. ex., 8 h)	Résultat (unités)	Valeur normale	Date, heure et dernière dose de GC (mg/m ² or mg/kg) avant la veinopuncture	Non effectué
Cortisol	___/___/___ JJ MM AAAA				___/___/___ Heure _____ JJ MM AAAA Type (HC/Dex) _____ Dose _____	
ACTH	___/___/___ JJ MM AAAA				___/___/___ Heure _____ JJ MM AAAA Type (HC/Dex) _____ Dose _____	

5.2 Test de stimulation de l'ACTH

5.2.1 Dose de cosyntropine administrée _____

5.2.2 Réponse à la pointe de cortisol : valeur _____ unités _____

5.2.3 Moment de la réponse à la pointe de cortisol _____ (p. ex, 30 minutes)

5.3 Autre mesure du cortisol :

Précisez le type (p. ex., urinaire 24 heure) : _____ valeur _____ unités _____
valeur normale _____**SECTION 6 – PRISE EN CHARGE DE LA SUPPRESSION SURRÉNALIENNE**

	Oui	Non	Inconnu
6.1 Traitement aux GC? (Dans la négative ou si vous ne le savez pas, passez à 6.2) Dans l'affirmative, précisez :	___	___	___
6.1.1 Le taux de cortisol a-t-il été prélevé avant le traitement aux GC à la présentation?	___	___	___
6.1.2 Délai entre la présentation et la première dose _____			
6.1.3 Type _____ dose _____ (mg/kg ou mg/m ²) fréquence _____			
6.1.4 A-t-on prescrit une dose plus élevée en raison du stress?	___	___	___
6.1.5 Durée du traitement aux GC _____ (jours/semaines/mois)			
6.2 Autre traitement :	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez (p. ex., fluidothérapie IV) _____			
6.3 Aiguillage vers un endocrinologue pédiatre ou consultation avec lui?	___	___	___

SECTION 7 – ISSUE

7.1 Hospitalisation : Nombre total de jours _____ Jours à l'unité de soins intensifs _____ Toujours hospitalisé _____

7.2 Complications médicales, précisez : _____

7.3 Congé à domicile _____ Perdu au suivi _____ Décédé _____

S'il est décédé, précisez la cause du décès _____

SECTION 8 – MANIFESTATIONS D’INSUFFISANCE SURRÉNALIENNE NON LIÉE AUX GC

8.1 Hyperpigmentation: Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Autre (précisez) _____

___ **J’accepte que l’équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d’information.**
___ **Je préfère que l’équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d’information.**

SECTION 9 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
Adresse _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____
Téléphone _____ Télécopieur _____
Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d’avoir rempli ce formulaire.