

Questionnaire de Symptômes des Personnes À Risque de développer une polyarthrite rhumatoïde (Rheumatoid Arthritis) (SPARRA)

Vous avez pu remarquer ou non les symptômes suivants en lien avec votre épisode actuel de problèmes articulaires. Veuillez s'il vous plaît indiquer si vous avez remarqué les symptômes de la liste, et quand ils sont apparus pour la première fois. Par exemple, si vous avez eu des douleurs articulaires pour les trois derniers mois, et des gonflements pour les quatre dernières années, vous rempliriez :

Exemple de symptôme possible	Remarqué (dans le passé ou maintenant)*	Si remarqué, ce symptôme est apparu pour la première fois il y a...?
Douleur dans les articulations	Passé / <u>présent</u> / Jamais	3 mois / années
Articulations gonflées	Passé / <u>présent</u> / Jamais	4 mois / années
Articulations raides	Passé / <u>présent</u> / Jamais	... mois / années

Les deux dernières lignes sont vides afin que vous puissiez ajouter tout autre symptôme que vous auriez remarqué.

Symptôme possible	Remarqué (dans le passé ou maintenant)*	Si remarqué, ce symptôme est apparu pour la première fois il y a...?*
Douleur dans les articulations	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Articulations gonflées	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Articulations raides	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Sensations de brûlures dans les articulations	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Fourmillements dans les articulations	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Sensations d'endormissement dans les articulations	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Changement de couleur de peau sur n'importe quelle articulation	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Crampes musculaires	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Faiblesse ou diminution de force	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Fatigue	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Difficultés émotionnelles	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Difficultés de concentration	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Problèmes de sommeil	Passé/présent/Jamais	... mois / années
Autre symptôme, veuillez préciser:	Passé/présent	... mois / années
Autre symptôme, veuillez préciser:	Passé/présent	... mois / années

* biffez ce qui n'est pas applicable

Si vous avez eu d'autres symptômes **avant cet épisode de problèmes articulaires** dont vous voudriez nous parler, vous pouvez les décrire ici.:

Les réponses à ces questions nous aideront à mieux comprendre le type de symptômes que vous avez ressentis pendant ce **dernier mois**. Ne pensez pas trop longtemps aux questions ; la première réponse qui vient à l'esprit est souvent la meilleure.

Veuillez s'il vous plaît lire chaque question et entourer la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez, par exemple

Exemple de question

a) Durant les 30 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous ressenti ... dans vos articulations?	0 jour (continuer à la question suivante)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
---	--	-------------	--------------	---------------

Q1: Douleur dans les articulations

1a) Durant les 30 derniers jours, combien de jour du mois avez-vous ressenti des douleurs dans vos articulations?	0 jour (continuer à la question 2)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
1b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de la douleur?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
1c) Quel impact a eu cette douleur sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
1d) Laquelle des descriptions suivantes correspond le mieux à la douleur que vous avez ressentie?	Sensations de brûlure	Douleur aigue ou comme un coup de poignard	Douleur lancinante	Autre type de douleur, veuillez préciser svp _____ _____
1e) Est-ce que cette douleur change d'endroits dans votre corps?	Non	Des bras aux jambes	Des jambes aux bras	D'un côté du corps à l'autre côté

Q2: Articulations gonflées

2a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu les articulations gonflées?	0 jour (continuer à la question 3)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
2b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité du gonflement?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
2c) Quel impact a eu ce gonflement sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
2d) Où avez-vous senti ces articulations gonflées? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q3: Articulations raides

3a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu les articulations raides?	0 jour (continuer à la question 4)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
3b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de la raideur?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
3c) Si vous avez des articulations raides quand vous vous réveillez le matin, combien de temps cela dure-t-il?	Je n'ai pas de raideurs	Moins d'une heure: ... minutes*	Une heure ou deux	Tout le matin
3d) Quel impact ont eu ces raideurs sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
3e) Où avez-vous senti ces articulations raides? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

* Veuillez indiquer combien de minutes en moyenne

Q4: Sensations de brûlures dans les articulations				
4a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu des sensations de brûlures dans vos articulations?	0 jour (continuer à la question 5)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
4b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité des sensations de brûlures?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
4c) Quel impact ont eu ces sensations de brûlures sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
4d) Où avez-vous eu ces sensations de brûlures? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q5: Fourmillements dans les articulations				
5a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du moi avez-vous eu des fourmillements dans vos articulations?	0 jour (continuer à la question 6)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
5b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité des fourmillements?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
5c) Quel impact ont eu ces fourmillements sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
5d) Où avez-vous senti des fourmillements? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q6: Sensations d'endormissement				
6a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu des sensations d'endormissement dans vos articulations?	0 jour (continuer à la question 7)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
6b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité des sensations d'endormissement?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
6c) Quel impact ont eu ces sensations d'endormissement sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
6d) Où avez-vous eu des sensations d'endormissement? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q7: Changement de couleur de peau sur les articulations (la peau peut avoir l'air inhabituellement rouge, bleu, brune etc)				
7a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu des changements de couleur sur vos articulations?	0 jour (continuer à la question 8)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
7b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de ce changement de couleur?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
7c) Quel impact ont eu ces changements de couleur sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
7d) Où avez-vous eu des changements de couleur de peau? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q8: Crampes musculaires

8a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu des crampes musculaires?	0 jour (continuer à la question 9)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
8b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité des crampes?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
8c) Quel impact ont eu ces crampes musculaires sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
8d) Où avez-vous eu des crampes musculaires? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q9: Perte de force

9a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu des pertes de force ?	0 jour (continuer à la question 10)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
9b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de ces pertes de force?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
9c) Quel impact ont eu ces pertes de force sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important
9d) Où avez-vous senti des pertes de force? (entourez toutes les réponses qui conviennent)	Main: Une Les deux	Bras: Un Les deux	Pied: Un Les deux	Jambe: Une Les deux

Q10: Fatigue				
10a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu de la fatigue?	0 jour (continuer à la question 11)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
10b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de cette fatigue?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
10c) Quel impact a eu cette fatigue sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important

Q11: Difficultés émotionnelles (par ex. tristesse, inquiétudes, contrariété)				
11a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu ces difficultés émotionnelles?	0 jour (continuer à la question 12)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
11b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de ces difficultés émotionnelles?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
11c) Quel impact ont eu ces difficultés émotionnelles sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales) ?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important

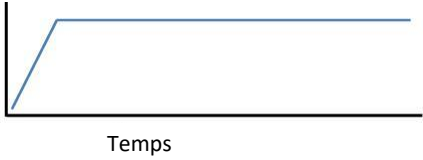
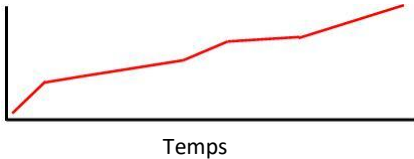
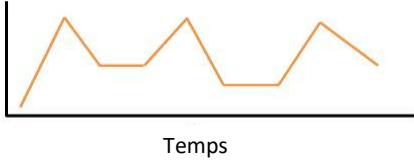
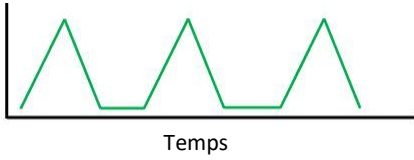

Q12: Difficultés de concentration				
12a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu ces difficultés de concentration?	0 jour (continuer à la question 13)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
12b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de ces difficultés de concentration?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
12c) Quel impact ont eu ces difficultés de concentration sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important

Q13: Problèmes de sommeil				
13a) Durant les 30 derniers jours, combien de jours du mois avez-vous eu ces problèmes de sommeil?	0 jour (continuer à la question 14)	1 à 5 jours	6 à 15 jours	16 à 30 jours
13b) Durant les 30 derniers jours, quelle était l'intensité de ces problèmes de sommeil?	Nulle	Légère	Modérée	Intense
13c) Quel impact ont eu ces problèmes de sommeil sur votre capacité à faire vos activités quotidiennes (par ex. travailler, faire le ménage, s'occuper des enfants, activités sociales)?	Aucun impact	Un léger impact	Un impact modéré	Un impact important

Q 14: Veuillez utiliser les échelles ci-dessous pour évaluer l'intensité moyenne de la douleur que vous avez ressentie pendant les 30 derniers jours, pour chaque partie du corps indiquée. Entourez s'il vous plaît le chiffre qui correspond à l'intensité de votre douleur (0 représente aucune douleur et 3 représente une douleur intense).

	Nulle	Légère	Moderée	Intense		Nulle	Légère	Moderée	Intense
A Doigts gauches	0	1	2	3	I Doigts droits	0	1	2	3
B Poignet gauche	0	1	2	3	J Poignet droit	0	1	2	3
C Coude gauche	0	1	2	3	K Coude droit	0	1	2	3
D Epaule gauche	0	1	2	3	L Epaule droite	0	1	2	3
E Hanche gauche	0	1	2	3	M Hanche droite	0	1	2	3
F Genou gauche	0	1	2	3	N Genou droit	0	1	2	3
G Cheville gauche	0	1	2	3	O Cheville droite	0	1	2	3
H Orteils gauches	0	1	2	3	P Orteils droits	0	1	2	3
Q Cou	0	1	2	3	R Dos	0	1	2	3

Q15: La prochaine question concerne la manière dont vos symptômes se sont développés depuis le moment où ils ont commencé. Veuillez sélectionner l'option dont vous pensez qu'elle décrit le mieux comment vos symptômes se sont développés. Entre le moment où vos symptômes ont commencé et maintenant, vos symptômes ont :

	Veuillez cocher <i>la</i> case qui décrit le mieux l'évolution de vos symptômes:	
a) Augmenté en intensité rapidement et sont ensuite restés constants (comme la ligne à droite):	Intensité des symptômes  Temps	<input data-bbox="1260 432 1357 520" type="checkbox"/>
b) Augmenté en intensité graduellement au cours du temps jusqu'à leur niveau actuel (comme la ligne à droite):	Intensité des symptômes  Temps	<input data-bbox="1260 636 1357 724" type="checkbox"/>
c) Augmenté et diminué en intensité bien que toujours avec quelques symptômes (comme la ligne à droite):	Intensité des symptômes  Temps	<input data-bbox="1260 919 1357 1008" type="checkbox"/>
d) Augmenté et diminué en intensité avec des périodes sans aucun symptômes (comme la ligne à droite):	Intensité des symptômes  Temps	<input data-bbox="1260 1171 1357 1260" type="checkbox"/>
e) Si les graphiques ci-dessus ne correspondent pas à votre expérience de vos symptômes, veuillez utiliser l'espace à droite pour dessiner l'évolution de vos symptômes entre le moment où ils ont commencé et maintenant ou les décrire ci-dessous: <hr/> <hr/>	Intensité des symptômes  Temps	<input data-bbox="1260 1539 1357 1627" type="checkbox"/>