

Journée PEPS

Demande établie par le Dr :

Le :

NOM :

ADRESSE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Tél : Dom :
Travail :

Portable :

RESUME DE LA MALADIE :

Date du diagnostic de la PR :

Historique des traitements et motifs d'arrêt

Traitements locaux : physiques : kinésithérapie, ergothérapie, orthèses de repos articulaire :

: Médico-chirurgicaux : infiltration, synoviorthèse, synovectomie, prothèse, arthrodèse :

Lésions structurales : non oui

Manifestations extra-articulaires associées :

Vaccinations : antigrippale : oui non antipneumococcique : ☐ oui date : ☐ non Autres :

Date de la dernière ostéodensitométrie :

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

MOTIF DE LA DEMANDE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE:

- ☐ Connaître la maladie et son évolution
- ☐ Connaître et surveiller son traitement
- ☐ Atelier diététique
- ☐ Atelier Pratique d'une activité physique,
- ☐ Atelier auto- injections sous cutanée
- ☐ Evaluation des facteurs de risque cardio-vasculaires
- ☐ Evaluation du risque de fracture
- ☐ Autre