

Accueil

**Informations** ^

Protocole

Fiche consentement

Information

Contact / Hotline

**Dermatologue** ^

Mon compte

**Données** ^

Inclure un patient

Liste des patients

Gérer les comptes des patients

Accueil &gt; Inclure un patient

Merci de saisir les initiales du patient  
(1ère lettre du prénom + 1ère lettre du nom)

Dermatologue <b>TEST</b>	052 (Marcel AMONT)
Patient	011
Initiales	<input type="text" value="MJ"/>

 Inclure

Date du recueil

30/01/2024

**Critères d'inclusion (consentement et au moins un critère doivent être renseignés)**Notice d'information remise au patient et consentement signé **Merci de cocher au moins un de ces 4 critères :**Un changement de classe ou de puissance pour les traitements topiques La modification de voie d'administration du méthotrexate de per os à injectable La modification de voie d'administration du méthotrexate d'injectable à per os L'introduction d'un systémique quel qu'il soit **Critères de non inclusion (Tous les critères doivent être renseignés)**Patient dans l'impossibilité de recevoir email ou SMS et de répondre au formulaire en ligne  Oui  Non

La consultation concerne un des critères suivants :

- Renouvellement du traitement habituel / optimisation / ajout d'un topique à un systémique / passage à un biosimilaire  Oui  Non

Le patient est concerné par un des critères suivants :


- patient non couvert par un système de sécurité sociale  Oui  Non
- patient mineur ou couvert par un système de protection juridique  Oui  Non

Valider

Retour

Voir l'audit trail

Télécharger le formulaire en PDF

**Caractéristiques du patient**Sexe  Féminin  MasculinAnnée de naissance Type de consultation Catégorie socioprofessionnelle Statut marital Tabagisme actif  Oui  NonAlcool Participe à une association de malades  Valider Retour Voir l'audit trail Télécharger le formulaire en PDF

**Caractéristiques du psoriasis**

Ancienneté du psoriasis

**Type :**

En plaques

 Oui  Non

Inversé (atteinte exclusive des plis)

 Oui  Non

Pustuleux

 Oui  Non

En gouttes

 Oui  Non

Érythrodermique

 Oui  Non

Sébo-psoriasis

 Oui  Non**Topographie particulière :**

Cuir chevelu

 Oui  Non

Palmo-plantaire

 Oui  Non

Unguéal

 Oui  Non

Génital

 Oui  Non

Plis

 Oui  Non

Visage

 Oui  Non**Présence de... :**

Rhumatisme psoriasique

 Oui  Non

Maladie de Crohn

 Oui  Non

SPA

 Oui  Non**Comorbidités :**

Diabète

Surpoids

 Oui  Non

HTA

 Oui  Non

Hypertriglycémie

 Oui  Non

Antécédents cardio-vasculaires

 Oui  Non

Nombre de médicaments habituels

Administration d'un traitement anxiolytique ou antidépresseur

 Oui  NonEntrer le score de sévérité PGA  Valider Retour Voir l'audit trail Télécharger le formulaire en PDF

### Traitements antérieurement prescrits pour le psoriasis

#### Topiques :

Dermocorticoïdes

Dermocorticoïdes + dérivés de la vitamine D

Dérivés de la vitamine D

#### Systemiques conventionnels :

Ciclosporine

Acitrétine

Photothérapie

Méthotrexate

#### Biologiques :

Anti TNF

Anti IL12/23

Anti IL17

Anti IL23

Apremilast

✓ Valider

↶ Retour



## Nouveau traitement prescrit pour le psoriasis à l'issue de la consultation

### Topiques (changement de classe ou de puissance) :

Dermocorticoïdes

Dermocorticoïdes + dérivés de la vitamine D

Dérivés de la vitamine D

### Systemiques conventionnels :

Ciclosporine

Acitrétine

Photothérapie

Méthotrexate

### Biologiques :

Anti TNF

Anti IL12/23

Anti IL17

Anti IL23

Apremilast

Valider

Retour

⚠ Ce patient ne possède pas d'accès en ligne. Cliquez sur le bouton pour lui en créer un.

+ Créer un accès

### ^ Étape d'inclusion initiale

30/JAN/2024

Sans erreur

QUESTIONNAIRES	DATE	ETAT EDC	FIGE	SIGNATURE	QUERIES ARC	QUERIES DM
Critères d'éligibilité	30/JAN/2024	Sans erreur				
Caractéristiques du patient		Sans erreur				
Caractéristiques du psoriasis		Sans erreur				
Traitements antérieurement prescrits pour le psoriasis		Sans erreur				
Nouveau traitement prescrit pour le psoriasis à l'issue de la consultation		Sans erreur				

### ^ Visite à 9 mois

Prévu le  
29/OCT/2024

A saisir

QUESTIONNAIRES	DATE	ETAT EDC	FIGE	SIGNATURE	QUERIES ARC	QUERIES DM
Visite à 9 mois		A saisir				

- Tout réduire

+ Tout étendre

## Ajouter un compte patient



Nom \*

Prénom \*

N° Portable

E-mail \*

Accepte  
d'être  
relancé par  
\*

Portable

E-mail

Champs obligatoires \*



### Visite à 9 mois

Le traitement initial a-t-il été poursuivi depuis la consultation d'inclusion ?  Oui  Non

Après inclusion dans l'étude, le patient a-t-il nécessité un arrêt ou une modification thérapeutique ?

Entrer le score de sévérité PGA ?

✓ Valider

↶ Retour

## Visite à 9 mois

Le traitement initial a-t-il été poursuivi depuis la consultation d'inclusion ?  Oui  Non

Après inclusion dans l'étude, le patient a-t-il nécessité un arrêt ou une modification thérapeutique ?

Oui : inefficacité du traitement

Préciser alors le motif


Préciser la date de modification du traitement

JJ/MM/AAAA

Quel nouveau traitement a été mis en route ?

Entrer le score de sévérité PGA 

 Valider

 Retour