

FICHE DE RECUEIL DES DONNEES POUR REGISTRE MICIMAR

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du Médecin :

Téléphone :

Mail :

Secteur d'exercice : CHU Public Privé Militaire

DONNEES MEDICALES CONCERNANT VOTRE PATIENT

Code patient : (Vous devez attribuer un code pour chaque patient qui vous permettra de revenir au dossier du même patient pour le suivi et la mise à jour des données de votre patient)

Trois premières lettres du nom du malade + Prénom (Pour éviter de recruter le même malade plusieurs fois) :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance exacte (J/M/A) : /...../.....

Lieu de naissance :

Lieu de résidence :

Réside en milieu : Urbain Rural

Statut marital : Mariée Célibataire Veuf(ve) Divorcé

Profession :

Mutuelle : AMO CNSS CNOPS Sans mutuelle Autre laquelle

.....

ANTECEDENTS

Appendicectomie : Oui Non Amygdalectomie : Oui Non

Tabagisme actif : Oui Non Tabagique sevré : Oui Non

Antécédent de tuberculose intestinale : Oui Non

Traitement/tuberculose : Oui Non Préciser traitement/durée :

CAS FAMILIAUX DE MICI

Cas familiaux de MICI : Oui Non

Lien de parenté avec le patient :

Type de MICI des apparentés au patient :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MICI

Date de début des symptômes de la MICI (préciser mois ou année) :

Date de diagnostic de la MICI (JJ/MM/AA) : / /

Type de MICI : CROHN RCH

RCH : Phénotype de la MICI selon la classification de Montréal

Extension :

E1 Rectale (ne dépassant pas la charnière rectosigmoïdienne)

E2 Colique gauche ne dépassant pas l'angle colique gauche

E3 Pancolite (Extension au-delà de l'angle gauche)

Sévérité au diagnostic initial de la RCH (selon la classification de Truelove et Witts) :

RCH légère : RCH modéré) : RCH sévère :

Maladie de CROHN (MC) : Localisation et Phénotype selon la classification de Paris (plusieurs réponses possibles)

L1 : Iléale terminal +/- atteinte caecale limitée : ou grêlique isolée :

L2 : Colique :

L3 : Iléo-colique :

L4a : Atteinte Gastro-duodénale en amont de l'angle de Treitz :

L4b : Atteinte jéjunale ou grêlique étendue

P : Atteinte ano-périnéale :

Phénotype de la MC :

B1 (MC Inflammatoire, non sténosante et non pénétrante) :

B2 (MC Sténosante) :

B3 (MC Fistulisante) :

B2+B3 (M.Crohn fistulisante et sténosante) :

Préciser le type d'atteinte ano-périnéale (MAP) si présente :

Abcès : Ulcères cutanés/muqueux : Fistule unique : Fistule multiple :

Fissure anale : Sténose anale : Pseudomarisques :

MANIFESTATIONS EXTRA-INTESTINALES : Oui Non

Rhumatismales : Arthrites périphériques : , SPA : , Sacro-iléite isolée:

Cutanées : Erythème noueux : , pyoderma gangrenosum : , Aphte/ulcération orale :

Oculaire : Uveite antérieure : , Conjonctivite: , épisclérite:

Hépatobiliaire : Cholangite sclérosante primitive : ,

Accidents thromboemboliques :

Autres : Préciser le type :

TRAITEMENT MEDICAL :

Traitement actuel : Oui Non

Préciser la molécule :

Date de début du traitement en cours :

Médicament déjà utilisés

5ASA : Salazopyrine : Corticoïdes : Budésonide :

Azathioprine : 6MP (Purinethol) : Méthotrexate : Infliximab :

Infliximab biosimilaire : Golimumab : Adalimumab :

Adalimumab biosimilaire : Ustekunimab : Tofacitinib :

Préciser la durée du traitement des molécules déjà utilisées (en mois ou années) :

5ASA.....Azathioprine :6MP.....

Budesonide..... Golimumab.....

Infiximab(ou biosimilaire).....Adalimumab (ou Biosimilaires).....

Unstekinumab.....Tafacitinib.....

Quelle est la cause d'arrêt du traitement des molécules déjà utilisées :

5ASA :

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non
- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

Azathioprine ou 6MP:

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non
- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

Infliximab :

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non
- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

Adalimumab:

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non

- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

Unstekinumab :

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non
- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

Tafacitinib

- Non réponse : Oui Non
- Mauvaise observance : Oui Non
- Effets secondaires : Oui Non ; Lequel.....

DILATATION ENDOSCOPIQUE DE STENOSE

Dilatation endoscopique de sténose : Oui Non

Préciser le siège de la sténose dilatée :

- Colique : Oui Non
- Iléale : Oui Non
- Anastomotique : Oui Non
- Anale : Oui Non

TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Est-ce que le patient à déjà eu une chirurgie pour sa MICI : Oui Non

Délai entre diagnostic et première chirurgie :.....

Type de chirurgie :

Maladie de Crohn :

- Résection ileocaecale : Oui Non
- Résection grêlique : Oui Non Nombre de résections grêliques :.....
- Hémicolectomie droite : Oui Non * Colectomie totale : Oui Non
- Colectomie subtotale Oui Non * Colectomie segmentaire Oui Non
- Stomie Temporaire : Oui Non * Stomie Définitive : Oui Non
- Drainage d'abcès : Oui Non

Autres : A préciser

RCH :

- Colectomie : Totale : Oui Non * Subtotale : Oui Non
- Anastomose iléo-rectale: Oui Non * Anastomose iléo-anale : Oui Non

- Stomie temporaire Oui Non
- * Stomie définitive : Oui Non

Chirurgie des MAP : Oui Non

- Drainage d'abcès : Oui Non Séton de drainage : Oui Non
- Mise à plat de fistule : Oui Non
- Fermeture orifice interne /fistule : Oui Non
- Traitement des fistules /laser : Oui Non
- Dilatation sténose anale : Oui Non

EVOLUTION DE LA MICI AU MOMENT DU REMPLISSAGE DE LA FICHE

MICI en Rémission :

- Clinique : Oui Non
- Biologique : Oui Non Non faite
- Endoscopique : Oui Non Non faite
- Radiologique : Oui Non Non faite

MICI Active :

- Activité chronique Oui Non
- Activité en Poussées Oui Non
- Nombre de poussées/an :.....

VOTRE PATIENT A-T-IL DEJA PRESENTE DES COMPLICATIONS DE SA MICI : Oui Non

Si oui préciser la ou lesquelles :

Peritonite : Oui Non **Occlusion** : Oui Non **Abcès abdominal**: Oui Non

Fistule entéro-cutanée : Oui Non **Fistule entérovésicale** : Oui Non

Fistule entéro-vaginale : Oui Non **Colectasie** Oui Non

Hémorragie massive Oui Non **Amylose** : Oui Non

Cancer : Oui Non ; Précisez le siège.....

Autres complications (A préciser) :

Une fois vos fiches remplies, vous pouvez les envoyer soit en version papier en appelant le numéro suivant 0661088219 pour qu'on vous envoie la personne qui viendra les chercher à l'adresse que vous indiquerez.

Soit en remplissant le formulaire directement sur votre ordinateur puis l'envoyer sur le mail suivant : registre.mici.smmad@gmail.com

Soit en remplissant le formulaire sur googleform que la SMMAD vous a envoyé sur ce mail.
Merci pour votre précieuse collaboration pour alimenter notre registre national des MICI.