



**Dictionnaire des variables**  
**par année de suivi**  
**Cohorte KHOALA**

**De l'année d'inclusion**  
**À l'année 10 de suivi**

## SOMMAIRE

<b>VARIABLES ANNEE D’INCLUSION (avec visite)</b> .....	7
• QUESTIONNAIRE DE CONFIRMATION .....	8
<i>Radiographies</i> .....	14
<i>Mesure de la Dysplasie (projet ancillaire J. Morvan)</i> .....	17
• QUESTIONNAIRE MEDECIN – INCLUSION .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<i>Fiche inclusion</i> .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<i>Examen clinique</i> .....	9
<i>Antécédents genou / hanche</i> .....	9
<i>Tabac / Alcool</i> .....	9
<i>MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)</i> .....	9
<i>ISK (score fonctionnel et clinique du genou)</i> .....	10
<i>Harris (score fonctionnel de hanche)</i> .....	10
<i>Comorbidités</i> .....	10
<i>Consommation de soins</i> .....	11
• AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - INCLUSION .....	18
<i>Evaluation globale de la Douleur</i> .....	18
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	18
<i>Données socio-économiques</i> .....	19
<i>Consommation de soins</i> .....	20
• ECHANTILLONS BIOLOGIQUES - INCLUSION .....	23
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 1 AN (sans visite)</b> .....	24
• AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 1 AN .....	25
<i>Données démographiques</i> .....	25
<i>Tabac / Alcool</i> .....	25
<i>Examen clinique</i> .....	25
<i>Evaluation globale de la Douleur</i> .....	25
<i>Périmètre de marche</i> .....	26
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	26
<i>Traumatismes</i> .....	26
<i>Comorbidités</i> .....	27
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	27
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	27
<i>Données socio-économiques</i> .....	28
<i>Consommation de soins</i> .....	29
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 2 ANS (sans visite)</b> .....	34
▶ Autoquestionnaire patient.....	34
• AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 2 ANS.....	35
<i>Données démographiques</i> .....	35
<i>Tabac / Alcool (changement de format)</i> .....	35
<i>Données cliniques</i> .....	35
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	36
<i>Traumatismes</i> .....	36
<i>Evaluation globale de la Douleur</i> .....	37
<i>Périmètre de marche</i> .....	37

<b>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</b> .....	37
Comorbidités.....	37
Dimension environnement du WHOQOL.....	38
Auto-questionnaires Patient.....	38
Données socio-économiques.....	39
Consommation de soins.....	40
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 3 ANS (avec visite)</b> .....	45
• QUESTIONNAIRE MEDECIN – 3 ANS.....	46
Données démographiques.....	46
Tabac / Alcool.....	46
Données cliniques.....	46
Evènements de chirurgie prothétique.....	47
Traumatismes.....	47
MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score).....	49
Examen clinique.....	50
ISK (score fonctionnel et clinique du genou).....	50
Harris (score fonctionnel de hanche).....	50
<b>Arthrose des mains</b> .....	50
Consommation de soins.....	51
Radiographies.....	54
• QUESTIONNAIRE PATIENT – 3 ANS.....	59
Evaluation globale de la Douleur.....	59
Périmètre de marche.....	59
Arthrose des mains : Indice de Dreiser.....	59
Comorbidités.....	59
Dimension environnement du WHOQOL.....	60
Auto-questionnaires Patient.....	60
Données socio-économiques.....	61
Consommation de soins.....	63
• ECHANTILLONS BIOLOGIQUES – 3 ANS.....	65
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 4 ANS (sans visite)</b> .....	66
• AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 4 ANS.....	67
Données démographiques.....	67
Tabac / Alcool.....	67
Données cliniques.....	67
Evènements de chirurgie prothétique.....	68
Traumatismes.....	68
Comorbidités.....	69
Dimension environnement du WHOQOL.....	69
Evaluation globale de la Douleur.....	69
Périmètre de marche.....	70
Arthrose des mains : Indice de Dreiser.....	70
Auto-questionnaires Patient.....	70
Données socio-économiques.....	71
Consommation de soins.....	72
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 5 ANS (avec visite)</b> .....	76
• QUESTIONNAIRE MEDECIN – 5 ANS.....	77
Données sociodémographiques.....	77
Tabac / Alcool.....	77

<i>Données cliniques</i> .....	77
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	78
<i>Traumatismes</i> .....	78
<i>Comorbidités</i> .....	79
<i>MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)</i> .....	81
<i>Examen clinique</i> .....	81
<i>ISK (score fonctionnel et clinique du genou)</i> .....	81
<i>Hauteur de jambes</i> .....	81
<i>Harris (score fonctionnel de hanche)</i> .....	81
<i>Arthrose des mains</i> .....	81
<i>Consommation de soins</i> .....	82
<i>Radiographies</i> .....	84
• <b>QUESTIONNAIRE PATIENT – 5 ANS</b> .....	87
<i>Evaluation globale de la Douleur (changement de format)</i> .....	87
<i>Périmètre de marche</i> .....	87
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	87
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	87
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	87
<i>Données socio-économiques</i> .....	89
<i>Consommation de soins</i> .....	90
• <b>ECHANTILLONS BIOLOGIQUES – 5 ANS</b> .....	92
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 6 ANS (sans visite)</b> .....	93
• <b>AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 6 ANS</b> .....	94
<i>Données sociodémographiques</i> .....	94
<i>Tabac / Alcool</i> .....	94
<b>Latéralité</b> .....	94
<i>Données cliniques</i> .....	94
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	95
<i>Traumatismes</i> .....	96
<i>Comorbidités</i> .....	96
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	97
<i>Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)</i> .....	97
<i>Périmètre de marche</i> .....	97
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	97
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	97
<i>Données socio-économiques</i> .....	98
<i>Consommation de soins</i> .....	99
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 7 ANS (avec visite)</b> .....	103
• <b>QUESTIONNAIRE MEDECIN – 7 ANS</b> .....	104
<i>Données sociodémographiques</i> .....	104
<i>Tabac / Alcool</i> .....	104
<i>Données cliniques</i> .....	104
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	105
<i>Traumatismes</i> .....	105
<i>Comorbidités</i> .....	106
<i>MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)</i> .....	108
<i>Examen clinique</i> .....	108
<i>ISK (score fonctionnel et clinique du genou)</i> .....	108
<i>Harris (score fonctionnel de hanche)</i> .....	108

<i>Arthrose des mains</i> .....	108
<i>Consommation de soins</i> .....	109
<i>Radiographies</i> .....	110
• <b>QUESTIONNAIRE PATIENT – 7 ANS</b> .....	114
<i>Evaluation globale de la Douleur</i> .....	114
<i>Périmètre de marche</i> .....	114
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	114
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	114
<b>Description de la sévérité de l'arthrose</b> .....	115
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	115
<i>Données socio-économiques</i> .....	116
<i>Consommation de soins</i> .....	117
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 8 ANS (sans visite)</b> .....	120
• <b>AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 8 ANS</b> .....	121
<i>Données sociodémographiques</i> .....	121
<i>Tabac / Alcool</i> .....	121
<i>Données cliniques</i> .....	121
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	122
<i>Traumatismes</i> .....	122
<i>Comorbidités</i> .....	123
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	123
<i>Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)</i> .....	124
<i>Périmètre de marche</i> .....	124
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	124
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	124
<i>Données socio-économiques</i> .....	125
<i>Consommation de soins</i> .....	126
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 9 ANS (sans visite)</b> .....	130
• <b>AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 9 ANS</b> .....	131
<i>Données sociodémographiques</i> .....	131
<i>Tabac / Alcool</i> .....	131
<i>Données cliniques</i> .....	131
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	132
<i>Traumatismes</i> .....	132
<i>Comorbidités</i> .....	133
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	133
<i>Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)</i> .....	134
<i>Périmètre de marche</i> .....	134
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	134
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	134
<i>Données socio-économiques</i> .....	135
<i>Consommation de soins</i> .....	136
<b>VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 10 ANS (sans visite)</b> .....	140
• <b>AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 10 ANS</b> .....	141
<i>Données sociodémographiques</i> .....	141
<i>Tabac / Alcool</i> .....	141
<i>Données cliniques</i> .....	141
<i>Evènements de chirurgie prothétique</i> .....	142
<i>Traumatismes</i> .....	142

<i>Comorbidités</i> .....	143
<i>Dimension environnement du WHOQOL</i> .....	144
<i>Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)</i> .....	144
<i>Périmètre de marche</i> .....	144
<i>Arthrose des mains : Indice de Dreiser</i> .....	144
<i>Auto-questionnaires Patient</i> .....	144
<i>Données socio-économiques</i> .....	145
<i>Consommation de soins</i> .....	146



## **VARIABLES ANNEE D'INCLUSION (avec visite)**

- ▶ **Questionnaire de confirmation**

avec Radiographies  
et Mesure de la Dysplasie

- ▶ **Questionnaire d'inclusion médecin**

- ▶ **Autoquestionnaire** d'inclusion patient

- ▶ **Echantillons biologiques d'inclusion**



## • QUESTIONNAIRE MEDECIN – INCLUSION

### Fiche inclusion

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de la visite	Date

#### **Critères d'inclusion**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
H/F âge entre 40 et 75	OUI / NON
Arthrose de hanche ou de genou symptomatique selon critères ACR	OUI / NON
Signature du consentement	OUI / NON

#### **Critères de non-inclusion**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire hanche/genou	OUI / NON
Prothèse programmée	OUI / NON
Antécédent d'ostéomie	OUI / NON
Comorbidité sévère	OUI / NON
Arthrose fémoro-patellaire	OUI / NON
Trouble psychiatrique	OUI / NON

#### **Critères ACR Genou**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Critère 1: Douleur du genou	OUI / NON
Critère 2: Age supérieur à 50 ans	OUI / NON
Critère 3: Raideur matinale	OUI / NON
Critère 4: Craquement de l'articulation	OUI / NON
Critère 5: Présence d'ostéophytes genou	OUI / NON

#### **Critères ACR Hanche**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Critère 7: Douleur de hanche	OUI / NON
Critère 9: Présence d'ostéophytes sur radio hanche	OUI / NON
Critère 10: Pincement de l'interligne coxo-fémorale	OUI / NON

#### **Données démographiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Sexe	Qualitatif
Date de naissance	Date
Origine géographique	Qualitatif

Niveau d'instruction	Qualitatif
Statut marital	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Profession la plus longtemps exercée	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Examen clinique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Date des premiers symptômes : Mois	Quantitatif
Date des premiers symptômes : Année	Quantitatif
Diagnostic : mois	Quantitatif
Diagnostic : Année	Quantitatif

### *Antécédents genou / hanche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Antécédent Fracture membres inférieurs	OUI / NON
Antécédent Ménisectomie interne	OUI / NON
Antécédent Ménisectomie externe	OUI / NON
Antécédent Luxation congénitale de hanche	OUI / NON
Antécédent Dysplasie de hanche	OUI / NON
Antécédent Luxation de rotule	OUI / NON
Antécédent Entorse du genou	OUI / NON
Antécédent Rupture des ligaments croisés	OUI / NON
Antécédent Autre contusion / traumatisme articulaire MI	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Tabac dose cumulée (PA)	Quantitatif
Tabac durée intoxication (ans)	Quantitatif
Tabac en cours	OUI / NON
Alcool dose moyenne (g/j)	Quantitatif
Alcool durée intoxication	Quantitatif
Alcool en cours	OUI / NON

### *MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)*

Mini Mental Score (MMS)	[0;30]
-------------------------	--------

### *ISK (score fonctionnel et clinique du genou)*

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, and Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop. Relat Res.1989; 13-4.

ISK	[0;200]
-----	---------

### *Harris (score fonctionnel de hanche)*

Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg. Am.1969; 51:737-55.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur	Quantitatif
Fonction	Quantitatif
Déformation ou attitude vicieuse	Quantitatif
Amplitude des mouvements	Quantitatif
Score total	[0 ; 100]

### *Comorbidités*

#### **Index fonctionnelle de Comorbidités**

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score total	Quantitatif

## Consommation de soins

### Médicaments

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Texte
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### Traitements locaux au cours dernière année

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### Examens biologiques

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques <b>réalisés</b> au cours des 3 derniers mois (déclaratif, pas de résultat)	OUI / NON
NFS Plaquettes	Quantitatif
VS	Quantitatif
CRP	Quantitatif
TQ_TCA	Quantitatif
Réticulocytes	Quantitatif
Ionogramme	Quantitatif
Protéines	Quantitatif
Urée	Quantitatif
Créatinine	Quantitatif
Glucose	Quantitatif
Calcium	Quantitatif
Phosphore	Quantitatif
Acide urique	Quantitatif
Bilirubine totale	Quantitatif
ALAT	Quantitatif

ASAT	Quantitatif
Gammat GT	Quantitatif
Electrophorèse des protéines	Quantitatif
Fer	Quantitatif
Ferritine	Quantitatif
Ionogramme urinaire	Quantitatif
Clairance de la créatinine	Quantitatif
Glucosurie	Quantitatif
Protéinurie	Quantitatif
Acide urique urinaire	Quantitatif
Immunoélectrophorèse urine	Quantitatif
Immunoélectrophorèse sang	Quantitatif
PTH 1-84	Quantitatif
25 OH-D	Quantitatif
Hépatite A	Quantitatif
Hépatite B	Quantitatif
Hépatite C	Quantitatif
VIH	Quantitatif
Triglycérides	Quantitatif
Cholestérol total	Quantitatif
Cholestérol HDL	Quantitatif
Cholestérol LDH	Quantitatif
Hémoglobine glyquée	Quantitatif
Autres Examens Biologiques 1	Texte
Nb total de Bio	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical 1	OUI / NON

- **QUESTIONNAIRE DE CONFIRMATION**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date d'inclusion	Date
Sexe	Qualitatif
Date de naissance	Date
Age	Quantitatif

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Articulation d'inclusion	Hanche, genou, les 2
Arthrose symptomatique (douleur et Kellgren $\geq 2$ )	
Genou D	OUI / NON
Genou G	OUI / NON
Hanche D	OUI / NON
Hanche G	OUI / NON

## Radiographies

- **Genoux** (clichés face en charge, schuss, défilés fémoro-patellaires des deux genoux, à 30° de flexion)
- **Hanches** (clichés du bassin de face, hanches en faux profil de Lequesne).- page 7

### ① Radio GENOU

LIBELLE	VALEURS
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<i>* Technique</i>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
<i>* Clichés faits</i>	
Face extension	OUI / NON
Face schuss	OUI / NON
Profil	OUI / NON
Défiles FP	OUI / NON
<i>* Autres pathologies du genou</i>	
CCA genou droit / genou gauche	OUI / NON
Paget genou droit / genou gauche	OUI / NON
Ostéonécrose genou droit / genou gauche	OUI / NON
Fracture genou droit / genou gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<i>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</i>	
Kellgren extension fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren schuss fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren fémoro-patellaire droit / gauche	[0 ; 4]
<i>* Topographie gonarthrose</i>	
Extension pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Schuss pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	Qualitatif
Extension pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Schuss pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
<i>* Ostéophytes</i>	
Extension ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou	[0 ; 3]

gauche	
Extension ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	
Extension condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]

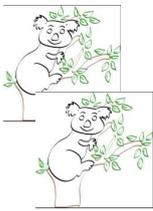
## ② Radio Hanches

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<b>* Technique</b>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
Agrandissement	Quantitatif
<b>* Clichés faits</b>	
Bassin face	OUI / NON
2 faux profils	OUI / NON
Autres	OUI / NON
<b>* Autres pathologies de hanche</b>	
CCA hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Paget hanche droite / hanche gauche	OUI / NON

Ostéonécrose hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Fracture hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<b>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</b>	
Kellgren hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Topographie pincement</b>	
Pincement (supéro-externe, supéro-interne, global, inférieur/postérieur) hanche droite / hanche gauche	Qualitatif
Pincement grade hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Ostéophytes</b>	
Ostéophyte cotyle externe hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle interne hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tête fémorale supérieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tête fémorale inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	
Condensation cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Condensation tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
<b>* Géodes sous-chondrales</b>	
Géodes cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Géodes tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]

## *Mesure de la Dysplasie (projet ancillaire J. Morvan)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
PTHd : prothèse de hanche droite	[0 ; 1]
VCEd : mesure de VCE à droite	Quantitatif
HTEd : mesure de HTE à droite	Quantitatif
ProfD : Mesure de la profondeur de l'acétabulum à droite	Quantitatif
CC'Dd : mesure de CC'D à droite	Quantitatif
VCA d : mesure de VCA à droite	Quantitatif
PTHg : prothèse de hanche gauche	[0 ; 1]
VCEg : mesure de VCE à gauche	Quantitatif
HTEg : mesure de HTE à gauche	Quantitatif
ProfG : Mesure de la profondeur de l'acétabulum à gauche	Quantitatif
CC'Dg : mesure de CC'D à gauche	Quantitatif
VCA g : mesure de VCA à gauche	Quantitatif
PTHbilat : prothèses bilatérales	[0 ; 1]
dysVCEd : variable créée = dysplasie de VCE à droite	[0 ; 1]
dysHTEd : variable créée = dysplasie de HTE à droite	[0 ; 1]
dysProfD : variable créée = dysplasie de la profondeur de l'acétabulum à droite	[0 ; 1]
dysVCA d : variable créée = dysplasie de VCE à droite	[0 ; 1]
dysVCEg : variable créée = dysplasie de VCE à gauche	[0 ; 1]
dysHTEg : variable créée = dysplasie de HTE à gauche	[0 ; 1]
dysProfG : variable créée = dysplasie de la profondeur de l'acétabulum à gauche	[0 ; 1]
dysVCA g : variable créée = dysplasie de VCE à gauche	[0 ; 1]
coxarthroseD : variable créée = $KL \geq 2$	[0 ; 1]
coxarthroseG : variable créée = $KL \geq 2$	[0 ; 1]
coxarthrosebilat	[0 ; 1]
coxarthroseunilat	[0 ; 1]
dysVCEbilat : variable créée = dysplasie bilatérale portant sur VCE	[0 ; 1]
dysVCEunilat : variable créée = dysplasie unilatérale portant sur VCE	[0 ; 1]
dysVCAbilat : variable créée = dysplasie bilatérale portant sur VCA	[0 ; 1]
dysVCAunilat : variable créée = dysplasie unilatérale portant sur VCA	[0 ; 1]
dysHTEbilat : variable créée = dysplasie bilatérale portant sur HTE	[0 ; 1]
dysHTEunilat : variable créée = dysplasie unilatérale portant sur HTE	[0 ; 1]
dysProfbilat	[0 ; 1]
dysProfunilat	[0 ; 1]
QC_H_bilat	[0 ; 1]
QC_H_unilat	[0 ; 1]



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - INCLUSION

### *Evaluation globale de la Douleur*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Articulation la plus symptomatique	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 1	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 2	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 3	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

#### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

#### **MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. Med Sci Sports Exerc 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

### **GHQ28** (dépression)

Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

A scaled version of the General Health Questionnaire.' Goldberg D., Hillier VF. Psychol Med 1979 ; 9(1) : 139-45. (validation du GHQ-28)

The GHQ-28 questionnaire in French : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients.' Pariente, P.D., Challita, A., Mesbah, M., and Guelfi, J.D. Eur.Psychiatr. 7:215-220, 1992.

GHQ28	Quantitatif
-------	-------------

## *Données socio-économiques*

### ***Statut Professionnel***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Temps plein (Quel est votre métier)	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Temps partiel (Quel est votre métier)	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte
Journées de travail perdues a cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif

### ***Conséquences sur situation professionnelle***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Texte

### ***Vie sociale***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## ***Consommation de soins***

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours des 3 derniers mois***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours des 3 derniers mois***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif

Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Bilan hospitalisation**

Nb Hospitalisation sans rapport chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation avec chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation urgences	Quantitatif

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste Libéral	Texte
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé Libéral	Texte

### **Appareil ou dispositif pour aide au déplacement**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON

Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathie	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## • ECHANTILLONS BIOLOGIQUES - INCLUSION

### Echantillons biologiques

- Echantillons :
- ▶ Sérum : 10 aliquotes de 1 ml (cryotubes)
  - ▶ Urines : 6 aliquotes de 1 ml (cryotubes)
  - ▶ Sang total : 3 tubes plastiques de 5 ml



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 1 AN (sans visite)**

▶ **Autoquestionnaire patient**



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 1 AN

Auto-Questionnaire Année 1 = Auto questionnaire Année inclusion (sans le GHQ)  
+ Comorbidités (Questionnaire de Groll)

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données démographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Origine géographique de la mère	Qualitatif
Origine géographique du père	Qualitatif
Statut marital	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Nombre de cigarettes en moyenne par jour	Quantitatif
Fumeur depuis combien de temps (Années)	Quantitatif
Fumeur pendant combien d'années	Quantitatif
Arrêt du tabac depuis (années)	Quantitatif
Fréquence consommation alcool	Quantitatif

### *Examen clinique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif

### *Evaluation globale de la Douleur*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Articulation la plus symptomatique	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 1	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 2	Texte

Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 3	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### Périmètre de marche

LIBELLE	VALEURS
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	OUI / NON

### Evènements de chirurgie prothétique

LIBELLE	VALEURS
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### Traumatismes

LIBELLE	VALEURS
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
coté de Entorse genou	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON

Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## *Comorbidités*

### **Index fonctionnelle de Comorbidités**

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score total	Quantitatif

## *Dimension environnement du WHOQOL*

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Score dimension environnement	Quantitatif

## *Auto-questionnaires Patient*

**SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

**AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *J Clin Epidemiol* 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

**WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

## *Données socio-économiques*

### *Statut Professionnel*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Temps plein (Quel est votre métier)	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Temps partiel (Quel est votre métier)	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON

Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues a cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Texte

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Texte
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques <b>réalisés</b> au cours des 3 derniers mois (déclaratif, pas de résultat)	OUI / NON
NFS Plaquettes	Quantitatif
VS	Quantitatif
CRP	Quantitatif
TQ_TCA	Quantitatif
Réticulocytes	Quantitatif
Ionogramme	Quantitatif
Protéines	Quantitatif
Urée	Quantitatif
Créatinine	Quantitatif
Glucose	Quantitatif
Calcium	Quantitatif
Phosphore	Quantitatif
Acide urique	Quantitatif
Bilirubine totale	Quantitatif
ALAT	Quantitatif
ASAT	Quantitatif
Gamma GT	Quantitatif
Electrophorèse des protéines	Quantitatif
Fer	Quantitatif
Ferritine	Quantitatif
Ionogramme urinaire	Quantitatif
Clairance de la créatinine	Quantitatif
Glucosurie	Quantitatif
Protéinurie	Quantitatif
Acide urique urinaire	Quantitatif
Immunoélectrophorèse urine	Quantitatif
Immunoélectrophorèse sang	Quantitatif

PTH 1-84	Quantitatif
25 OH-D	Quantitatif
Hépatite A	Quantitatif
Hépatite B	Quantitatif
Hépatite C	Quantitatif
VIH	Quantitatif
Triglycérides	Quantitatif
Cholestérol total	Quantitatif
Cholestérol HDL	Quantitatif
Cholestérol LDH	Quantitatif
Hémoglobine glyquée	Quantitatif
Autres Examens Biologiques 1	Texte
Nb total de Bio	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical 1	OUI / NON

### **Consultations aux urgences au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### **Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON

Lieu	Texte
------	-------

### **Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Bilan hospitalisation**

Nb Hospitalisation sans rapport chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation avec chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation urgences	Quantitatif

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste Libéral	Texte
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé Libéral	Texte

### **Appareil ou dispositif pour aide au déplacement**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON

Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathie	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVIA 2 ANS (sans visite)**

▶ **Autoquestionnaire patient**



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 2 ANS

Auto-Questionnaire Année 2 = Auto questionnaire Année 1 (sans le GHQ)  
+ Variables Douleurs  
+ Arthrose des mains (indice de Dreiser)

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données démographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut marital	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Quantitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool (changement de format)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Articulation d'inclusion <u>Genou Droit</u>	OUI / NON
Douleur <u>Genou Droit</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes <u>Genou Droit</u>	Date
Arthrose <u>Genou Droit</u>	OUI / NON
Date du diagnostic <u>Genou Droit</u>	Date
Articulation d'inclusion <u>Genou Gauche</u>	OUI / NON
Douleur <u>Genou Gauche</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes <u>Genou Gauche</u>	Date
Arthrose <u>Genou Gauche</u>	OUI / NON
Date du diagnostic <u>Genou Gauche</u>	Date
Articulation d'inclusion <u>Hanche Droite</u>	OUI / NON
Douleur <u>Hanche Droite</u>	OUI / NON

Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Articulation d'inclusion Hanche Gauche	OUI / NON
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur Mains	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur Cervicales	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur Lombaires	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur Autres articulations	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Date du diagnostic Autres articulations	Date
Autres articulations	Texte

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON

Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
coté de Entorse genou	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

### Evaluation globale de la Douleur

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Articulation la plus symptomatique	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 1	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 2	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 3	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### Périmètre de marche

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	OUI / NON

### Arthrose des mains : Indice de Dreiser

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### Comorbidités

#### Index fonctionnelle de Comorbidités

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score total	Quantitatif

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

#### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

### **MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

### **GHQ28** (dépression)

Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

A scaled version of the General Health Questionnaire.' Goldberg D., Hillier VF. *Psychol Med* 1979 ; 9(1) : 139-45. (validation du GHQ-28)

The GHQ-28 questionnaire in French : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients.' Pariente, P.D., Challita, A., Mesbah, M., and Guelfi, J.D. *Eur.Psychiatr.* 7:215-220, 1992.

GHQ28	Quantitatif
-------	-------------

## *Données socio-économiques*

### **Statut Professionnel**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Temps plein (Quel est votre métier)	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Temps partiel (Quel est votre métier)	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte

Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Texte

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations aux urgences au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### **Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Bilan hospitalisation**

Nb Hospitalisation sans rapport chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation avec chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation urgences	Quantitatif

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste Libéral	Texte
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé Libéral	Texte

### **Appareil ou dispositif pour aide au déplacement**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON

Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathie	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Texte
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques <b>réalisés</b> au cours des 3 derniers mois (déclaratif, pas de résultat)	OUI / NON
NFS Plaquettes	Quantitatif
VS	Quantitatif
CRP	Quantitatif
TQ_TCA	Quantitatif
Réticulocytes	Quantitatif
Ionogramme	Quantitatif
Protéines	Quantitatif
Urée	Quantitatif
Créatinine	Quantitatif
Glucose	Quantitatif
Calcium	Quantitatif
Phosphore	Quantitatif
Acide urique	Quantitatif
Bilirubine totale	Quantitatif
ALAT	Quantitatif
ASAT	Quantitatif
Gamma GT	Quantitatif
Electrophorèse des protéines	Quantitatif
Fer	Quantitatif
Ferritine	Quantitatif
Ionogramme urinaire	Quantitatif
Clairance de la créatinine	Quantitatif
Glucosurie	Quantitatif
Protéinurie	Quantitatif
Acide urique urinaire	Quantitatif
Immunoélectrophorèse urine	Quantitatif

Immunoélectrophorèse sang	Quantitatif
PTH 1-84	Quantitatif
25 OH-D	Quantitatif
Hépatite A	Quantitatif
Hépatite B	Quantitatif
Hépatite C	Quantitatif
VIH	Quantitatif
Triglycérides	Quantitatif
Cholestérol total	Quantitatif
Cholestérol HDL	Quantitatif
Cholestérol LDH	Quantitatif
Hémoglobine glyquée	Quantitatif
Autres Examens Biologiques 1	Texte
Nb total de Bio	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical 1	OUI / NON



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 3 ANS (avec visite)**

- ▶ **Questionnaire médecin**  
avec Radiographies  
et Mesure DMO
  
- ▶ **Autoquestionnaire patient**
  
- ▶ **Echantillons biologiques**



## • QUESTIONNAIRE MEDECIN – 3 ANS

Questionnaire Investigateur Année 3 : Questionnaire Investigateur Année inclusion

- + Arthrose des mains
- + DMO
- + Hauteur des jambes
- + Comorbidités plus complètes

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données démographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut marital	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Quantitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Tabac en cours	OUI / NON
Tabac : Dose cumulée	Quantitatif
Tabac : durée	Quantitatif
Consommation d'Alcool	OUI / NON
Alcool en cours	OUI / NON
Alcool : Dose cumulée	Quantitatif
Alcool : durée	Quantitatif

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON

Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Date du diagnostic Autres articulations	Date
Autres articulations	Texte

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON

Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
coté de Entorse genou	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

### Comorbidités

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
<i>* Maladies rhumatologiques</i>	
Arthrose	OUI / NON
Polyarthrite rhumatoïde	OUI / NON
Goutte	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Discopathie dégénérative	OUI / NON
Lombalgie chronique	OUI / NON
<i>* Maladies pulmonaires</i>	
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive, emphysème ou syndrome de détresse respiratoire	OUI / NON
<i>* Maladies cardio-vasculaires</i>	
Angine de poitrine	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Arythmie	OUI / NON
Insuffisance cardiaque (congestive)	OUI / NON
Hypertension artérielle	OUI / NON
Artérite des membres inférieurs	OUI / NON
Phlébites	OUI / NON
Autre maladie cardiaque	OUI / NON
<i>* Maladies neurologiques</i>	
Sclérose en plaques	OUI / NON
Maladie de Parkinson	OUI / NON
Migraines ou céphalées chroniques	OUI / NON
Accident vasculaire cérébral	OUI / NON
Accident ischémique transitoire	OUI / NON

Epilepsie	OUI / NON
<i>* Maladies digestives</i>	
Ulcères gastro duodéal	OUI / NON
Hernie hiatale	OUI / NON
Reflux gastro-œsophagien	OUI / NON
MICI : maladie inflammatoire chronique intestinale	OUI / NON
Diverticulose	OUI / NON
Hépatite	OUI / NON
Cholécystite	OUI / NON
<i>* Maladies psychiatriques</i>	
Dépression	OUI / NON
Anxiété	OUI / NON
Attaque de panique	OUI / NON
Syndrome de stress post traumatique	OUI / NON
Intoxication éthylique	OUI / NON
Schizophrénie	OUI / NON
Trouble polaire	OUI / NON
<i>* Baisse de l'acuité visuelle</i>	
Cataracte	OUI / NON
Glaucome	OUI / NON
Dégénérescence maculaire	OUI / NON
<i>* Troubles auditifs</i>	
<i>* Maladies endocriniennes</i>	
Maladies thyroïdiennes	OUI / NON
Diabète type I ou II	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
<i>* Maladies dermatologiques</i>	
Psoriasis	OUI / NON
Eczéma	OUI / NON
<i>* Autres</i>	
Insuffisance rénale	OUI / NON
Cancer	OUI / NON
Cancer de la peau	OUI / NON
Adénome de prostate ou prostatite	OUI / NON
Infection urinaire	OUI / NON
Hypercholestérolémie	OUI / NON
Hypertriglycéridémie	OUI / NON
Score de Groll	Quantitatif

### *MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)*

Mini Mental Score (MMS)	[0;30]
-------------------------	--------

## Examen clinique

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Poids à 20 ans (kg)	Quantitatif
Poids il y a 10 ans (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Tension Artérielle (mmHg)	Quantitatif
Circonférence de taille (cm)	Quantitatif
Circonférence de hanche (cm)	Quantitatif

### *ISK (score fonctionnel et clinique du genou)*

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, and Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop. Relat Res.1989; 13-4.

ISK	[0;200]
-----	---------

### Hauteur de jambes

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hauteur jambe Droite (cm)	Quantitatif
Hauteur jambe Gauche (cm)	Quantitatif

### *Harris (score fonctionnel de hanche)*

Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg. Am.*1969; 51:737-55.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur	Quantitatif
Fonction	Quantitatif
Déformation ou attitude vicieuse	Quantitatif
Amplitude des mouvements	Quantitatif
Score total	[0 ; 100]

### Arthrose des mains

#### Déformations

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif
MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif
IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

## **Douleurs**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif
MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif
IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

## **Consommation de soins**

### **Consultations aux urgences au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### **Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Bilan hospitalisation**

Nb Hospitalisation sans rapport chirurgie	Quantitatif
---	-------------

Nb Hospitalisation avec chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation urgences	Quantitatif

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Texte
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques <b>réalisés</b> au cours des 3 derniers mois (déclaratif, pas de résultat)	OUI / NON
NFS Plaquettes	Quantitatif
VS	Quantitatif
CRP	Quantitatif
TQ_TCA	Quantitatif
Réticulocytes	Quantitatif
Ionogramme	Quantitatif
Protéines	Quantitatif
Urée	Quantitatif
Créatinine	Quantitatif
Glucose	Quantitatif
Calcium	Quantitatif
Phosphore	Quantitatif
Acide urique	Quantitatif
Bilirubine totale	Quantitatif
ALAT	Quantitatif
ASAT	Quantitatif

Gammat GT	Quantitatif
Electrophorèse des protéines	Quantitatif
Fer	Quantitatif
Ferritine	Quantitatif
Ionogramme urinaire	Quantitatif
Clairance de la créatinine	Quantitatif
Glucosurie	Quantitatif
Protéinurie	Quantitatif
Acide urique urinaire	Quantitatif
Immunoélectrophorèse urine	Quantitatif
Immunoélectrophorèse sang	Quantitatif
PTH 1-84	Quantitatif
25 OH-D	Quantitatif
Hépatite A	Quantitatif
Hépatite B	Quantitatif
Hépatite C	Quantitatif
VIH	Quantitatif
Triglycérides	Quantitatif
Cholestérol total	Quantitatif
Cholestérol HDL	Quantitatif
Cholestérol LDL	Quantitatif
Hémoglobine glyquée	Quantitatif
<b>TSH</b>	Quantitatif
Autres Examens Biologiques 1	Quantitatif
Nb total de Bio	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical 1	OUI / NON

## Radiographies

- **Genoux** (clichés face en charge, schuss, défilés fémoro-patellaires des deux genoux, à 30° de flexion)
- **Hanches** (clichés du bassin de face, hanches en faux profil de Lequesne)

### ① Radio GENOU

LIBELLE	VALEURS
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<i>* Technique</i>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
<i>* Clichés faits</i>	
Face extension	OUI / NON
Face schuss	OUI / NON
Profil	OUI / NON
Défiles FP	OUI / NON
<i>* Autres pathologies du genou</i>	
CCA genou droit / genou gauche	OUI / NON
Paget genou droit / genou gauche	OUI / NON
Ostéonécrose genou droit / genou gauche	OUI / NON
Fracture genou droit / genou gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<i>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</i>	
Kellgren extension fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren schuss fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren fémoro-patellaire droit / gauche	[0 ; 4]
<i>* Topographie gonarthrose</i>	
Extension pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Schuss pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	Qualitatif
Extension pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Schuss pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
<i>* Ostéophytes</i>	
Extension ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]

Extension ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	
Extension condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]

## ② Radio Hanches

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<b>* Technique</b>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
Agrandissement	Quantitatif
<b>* Clichés faits</b>	
Bassin face	OUI / NON
2 faux profils	OUI / NON
Autres	OUI / NON
<b>* Autres pathologies de hanche</b>	
CCA hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Paget hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Ostéonécrose hanche droite / hanche gauche	OUI / NON

Fracture hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<i>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</i>	
Kellgren hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<i>* Topographie pincement</i>	
Pincement (supéro-externe, supéro-interne, global, inférieur/postérieur) hanche droite / hanche gauche	Qualitatif
Pincement grade hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<i>* Ostéophytes</i>	
Ostéophyte cotyle externe hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle interne hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tête fémorale supérieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tete fémorale inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
<i>* Condensation sous-chondrale</i>	
Condensation cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Condensation tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
<i>* Géodes sous-chondrales</i>	
Géodes cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Géodes tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]

## Mesure de DMO (projet ancillaire AC Rat)

### Résultats

LIBELLE	VALEURS
Date de remplissage	Date
Type appareil DMO	Qualitatif
Modèle appareil DMO	Qualitatif
Rachis lombaire : DMO L1-L4	Quantitatif
Rachis lombaire : T score	Quantitatif
Rachis lombaire : Z score	Quantitatif
Hanche : DMO Col fémoral	Quantitatif
Hanche : T score	Quantitatif
Hanche : Z score	Quantitatif
DMO fémur total : T score	Quantitatif
DMO fémur total : Z score	Quantitatif
Corps entier : DMO Corps entier	Quantitatif
Corps entier : T score	Quantitatif
Corps entier : Z score	Quantitatif

### Composition corporelle

LIBELLE	VALEURS
Bras gauche : masse grasse	Quantitatif
Bras gauche : masse maigre	Quantitatif
Bras gauche : % masse grasse	Quantitatif

Bras gauche : CMO	Quantitatif
Bras droit : masse grasse	Quantitatif
Bras droit : masse maigre	Quantitatif
Bras droit : % masse grasse	Quantitatif
Bras droit : CMO	Quantitatif
Jambe gauche : masse grasse	Quantitatif
Jambe gauche : masse maigre	Quantitatif
Jambe gauche : % masse grasse	Quantitatif
Jambe gauche : CMO	Quantitatif
Jambe droite : masse grasse	Quantitatif
Jambe droite : masse maigre	Quantitatif
Jambe droite : % masse grasse	Quantitatif
Jambe droite : CMO	Quantitatif
Tronc : masse grasse	Quantitatif
Tronc : masse maigre	Quantitatif
Tronc : % masse grasse	Quantitatif
Tronc : CMO	Quantitatif
Androïde : masse grasse	Quantitatif
Androïde : masse maigre	Quantitatif
Androïde : % masse grasse	Quantitatif
Androïde : CMO	Quantitatif
Gynoïde : masse grasse	Quantitatif
Gynoïde : masse maigre	Quantitatif
Gynoïde : % masse grasse	Quantitatif
Gynoïde : CMO	Quantitatif
Total : masse grasse	Quantitatif
Total : masse maigre	Quantitatif
Total : % masse grasse	Quantitatif
Total : CMO	Quantitatif
Calcifications artérielles	OUI / NON
Localisation	Qualitatif

### **Facteurs de risque ostéoporose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Antécédent personnel de fracture sans traumatisme majeur (à l'exception doigts, orteil, crâne)	OUI / NON
Antécédent de fracture de l'extrémité sup fémur chez parent 1 <sup>er</sup> degré	OUI / NON
Corticothérapie actuelle ou ATCD (5mg/j > 3 jours)	OUI / NON
Anti aromatasés, analogues LH-RH, héparine	OUI / NON
Ménopause	OUI / NON
Ménopause précoce (< 45 ans)	OUI / NON
Hypogonadisme	OUI / NON
Hyperthyroïdie évolutive non traitée de longue date	OUI / NON
Hypercorticisme	OUI / NON
Hyperparathyroïdie primitive	OUI / NON
Autres (malnutrition, maladie chronique du foie, malabsorption,	OUI / NON

ostéogénèse imparfaite...)	
----------------------------	--



## • QUESTIONNAIRE PATIENT – 3 ANS

Auto-Questionnaire Année 3 = Auto questionnaire Année 2  
+ EuroQol  
+ Productivité et arthrose

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Evaluation globale de la Douleur*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Articulation la plus symptomatique	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 1	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 2	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 3	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	OUI / NON

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Comorbidités*

#### Index fonctionnelle de Comorbidités

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score total	Quantitatif

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

### **MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. Med Sci Sports Exerc 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

### **GHQ28** (dépression)

Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

A scaled version of the General Health Questionnaire.' Goldberg D., Hillier VF. Psychol Med 1979 ; 9(1) : 139-45. (validation du GHQ-28)

The GHQ-28 questionnaire in French : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients.' Pariente, P.D., Challita, A., Mesbah, M., and Guelfi, J.D. Eur.Psychiatr. 7:215-220, 1992.

GHQ28	Quantitatif
-------	-------------

## ***Données socio-économiques***

### ***Statut Professionnel***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Temps plein (Quel est votre métier)	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Temps partiel (Quel est votre métier)	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON

Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Productivité et arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Conséquences sur situation professionnelle**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Texte

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## Consommation de soins

### *Consultations médecins ou autres professionnels de la santé*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste Libéral	Texte
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé Libéral	Texte

### *Appareil ou dispositif pour aide au déplacement*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### *Traitements médecine douce*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathie	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif

Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### ***Déplacements dus à l'arthrose***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



- **ECHANTILLONS BIOLOGIQUES – 3 ANS**

### **Echantillons biologiques**

- Echantillons :
- ▶ Sérum : 10 aliquotes de 1 ml (cryotubes)
  - ▶ Urines : 6 aliquotes de 1 ml (cryotubes)



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 4 ANS (sans visite)**

- ▶ Autoquestionnaire patient

- **AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 4 ANS**

Auto-Questionnaire Année 4 = Auto questionnaire Année 2 (sans le GHQ)

**Variables ajoutées en surligné**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

*Données démographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut marital	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Quantitatif
Retraité	OUI / NON

*Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

*Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON

Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Date du diagnostic Autres articulations	Date
Autres articulations	Texte

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
coté de Entorse genou	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON

Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## *Comorbidités*

### **Index fonctionnelle de Comorbidités**

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score total	Quantitatif

## *Dimension environnement du WHOQOL*

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Score dimension environnement	Quantitatif

## *Evaluation globale de la Douleur*

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Articulation la plus symptomatique	Texte

Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 1	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 2	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Autre articulation 3	Texte
Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	OUI / NON

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

#### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

### **MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401–11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119–24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

## *Données socio-économiques*

### **Statut Professionnel**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Temps plein (Quel est votre métier)	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Temps partiel (Quel est votre métier)	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Texte

### **Productivité et arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste Libéral	Texte
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé Libéral	Texte

### **Appareil ou dispositif pour aide au déplacement**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON

Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Séjour en centre de rééducation***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### ***Bilan hospitalisation***

Nb Hospitalisation sans rapport chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation avec chirurgie	Quantitatif
Nb Hospitalisation urgences	Quantitatif

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Texte
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Texte
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques <b>réalisés</b> au cours des 3 derniers mois (déclaratif, pas de résultat)	OUI / NON Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical 1	OUI / NON

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathie	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 5 ANS (avec visite)**

- ▶ **Questionnaire médecin**  
avec Radiographies
- ▶ **Autoquestionnaire patient**
- ▶ **Echantillons biologiques**



- **QUESTIONNAIRE MEDECIN – 5 ANS**

Question Investigateur année 5 = Questionnaire investigateur Année 3

**Variables Ajoutées en surligné**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Tabac en cours	OUI / NON
Tabac : Dose cumulée	Quantitatif
Tabac : durée	Quantitatif
Consommation d'Alcool	OUI / NON
Alcool en cours	OUI / NON
Alcool : dose moyenne	Quantitatif
Alcool : durée	Quantitatif

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur <u>Genou Droit</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur <u>Genou Gauche</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date

Douleur <u>Hanche Droite</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur <u>Hanche Gauche</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON

Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Membre lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou lequel	Texte
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

### Comorbidités

LIBELLE	VALEURS
<i>* Maladies rhumatologiques</i>	
Arthrose	OUI / NON
Polyarthrite rhumatoïde	OUI / NON
Goutte	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Discopathie dégénérative	OUI / NON
Lombalgie chronique	OUI / NON
<i>* Maladies pulmonaires</i>	
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive, emphysème ou syndrome de détresse respiratoire acquis	OUI / NON
<i>* Maladies cardio-vasculaires</i>	
Angine de poitrine	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Arythmie	OUI / NON
Insuffisance cardiaque (congestive)	OUI / NON
Hypertension artérielle	OUI / NON
Artérite des membres inférieurs	OUI / NON
Phlébites	OUI / NON
Autre maladie cardiaque	OUI / NON
Nom autre maladie cardiaque	Texte
<i>* Maladies neurologiques</i>	

Sclérose en plaques	OUI / NON
Maladie de Parkinson	OUI / NON
Migraines ou céphalées chroniques	OUI / NON
Accident vasculaire cérébral	OUI / NON
Accident ischémique transitoire	OUI / NON
Epilepsie	OUI / NON
<b>* Maladies digestives</b>	
Ulcères gastro duodéal	OUI / NON
Hernie hiatale	OUI / NON
Reflux gastro-œsophagien	OUI / NON
MICI : maladie inflammatoire chronique intestinale	OUI / NON
Diverticulose	OUI / NON
Hépatite	OUI / NON
Cholécystite	OUI / NON
<b>* Maladies psychiatriques</b>	
Dépression	OUI / NON
Anxiété	OUI / NON
Attaque de panique	OUI / NON
Syndrome de stress post traumatique	OUI / NON
Intoxication éthylique	OUI / NON
Schizophrénie	OUI / NON
Trouble polaire	OUI / NON
<b>* Baisse de l'acuité visuelle</b>	
Cataracte	OUI / NON
Glaucome	OUI / NON
Dégénérescence maculaire	OUI / NON
<b>* Troubles auditifs</b>	
<b>* Maladies endocriniennes</b>	
Maladies thyroïdiennes	OUI / NON
Diabète type I ou II	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
<b>* Maladies dermatologiques</b>	
Psoriasis	OUI / NON
Eczéma	OUI / NON
<b>* Autres</b>	
Insuffisance rénale	
Cancer	OUI / NON
Cancer de la peau	OUI / NON
Adénome de prostate ou prostatite	OUI / NON
Infection urinaire	OUI / NON
Hypercholestérolémie	OUI / NON
Hypertriglycéridémie	OUI / NON
<b>Score de Groll</b>	Quantitatif

### *MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)*

Mini Mental Score (MMS)	[0;30]
-------------------------	--------

### *Examen clinique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Tension Artérielle (mmHg)	Quantitatif
Circonférence de taille (cm)	Quantitatif
Circonférence de hanche (cm)	Quantitatif

### *ISK (score fonctionnel et clinique du genou)*

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, and Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop. Relat Res.1989; 13-4.

ISK	[0;200]
-----	---------

### *Hauteur de jambes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hauteur jambe Droite (cm)	Quantitatif
Hauteur jambe Gauche (cm)	Quantitatif

### *Harris (score fonctionnel de hanche)*

Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg. Am.1969; 51:737-55.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur	Quantitatif
Fonction	Quantitatif
Déformation ou attitude vicieuse	Quantitatif
Amplitude des mouvements	Quantitatif
Score total	[0 ; 100]

### *Arthrose des mains*

#### **Déformations**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif
MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif

IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

### ***Douleurs***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif
MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif
IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

## **Consommation de soins**

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Séjour en centre de rééducation***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Lieu et mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nombre examens biologiques	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

## Radiographies

- **Genoux** (clichés face en charge, schuss, défilés fémoro-patellaires des deux genoux, à 30° de flexion)
- **Hanches** (clichés du bassin de face, hanches en faux profil de Lequesne)

### ① Radio GENOU

LIBELLE	VALEURS
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<i>* Technique</i>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
<i>* Clichés faits</i>	
Face extension	OUI / NON
Face schuss	OUI / NON
Profil	OUI / NON
Défiles FP	OUI / NON
<i>* Autres pathologies du genou</i>	
CCA genou droit / genou gauche	OUI / NON
Paget genou droit / genou gauche	OUI / NON
Ostéonécrose genou droit / genou gauche	OUI / NON
Fracture genou droit / genou gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<i>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</i>	
Kellgren extension fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren schuss fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren fémoro-patellaire droit / gauche	[0 ; 4]
<i>* Topographie gonarthrose</i>	
Extension pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Schuss pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	Qualitatif
Extension pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Schuss pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
<i>* Ostéophytes</i>	
Extension ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]

Extension ostéophytes trochlée interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	
Extension condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]

## ② Radio Hanches

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<b>* Technique</b>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
Agrandissement	Quantitatif
<b>* Clichés faits</b>	
Bassin face	OUI / NON
2 faux profils	OUI / NON
Autres	OUI / NON
<b>* Autres pathologies de hanche</b>	
CCA hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Paget hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Ostéonécrose hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Fracture hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Autre	Texte

<b>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</b>	
Kellgren hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Topographie pincement</b>	
Pincement (supéro-externe, supéro-interne, global, inférieur/postérieur) hanche droite / hanche gauche	Qualitatif
Pincement grade hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Ostéophytes</b>	
Ostéophyte cotyle externe hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle interne hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tête fémorale supérieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tete fémorale inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	
Condensation cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Condensation tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
<b>* Géodes sous-chondrales</b>	
Géodes cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Géodes tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]



## • QUESTIONNAIRE PATIENT – 5 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 3 = Autoquestionnaire Patient Année 3  
+ EVA douleur (changement de format)  
+ 1 question sur les chutes

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Evaluation globale de la Douleur (changement de format)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Auto-questionnaires Patient*

SF-36 (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

**EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals Of Medicine* 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

**AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *J Clin Epidemiol* 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

**WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

**GHQ28** (dépression)

Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

A scaled version of the General Health Questionnaire.' Goldberg D., Hillier VF. *Psychol Med* 1979 ; 9(1) : 139-45. (validation du GHQ-28)

The GHQ-28 questionnaire in French : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients.' Pariente, P.D., Challita, A., Mesbah, M., and Guelfi, J.D. *Eur.Psychiatr.* 7:215-220, 1992.

GHQ28	Quantitatif
-------	-------------

## Données socio-économiques

### Statut Professionnel

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### Revenu, couverture sociale et aides

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### Vie sociale

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON

Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

### *Consommation de soins*

#### *Consultations médecins ou autres professionnels de la santé*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

#### *Appareil ou dispositif pour aide au déplacement*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON

Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



- **ECHANTILLONS BIOLOGIQUES – 5 ANS**

### **Echantillons biologiques**

Echantillons : ▶ Sérum : 10 aliquotes de 1 ml (cryotubes)  
▶ Urines : 6 aliquotes de 1 ml (cryotubes)



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 6 ANS (sans visite)**

- ▶ Autoquestionnaire patient



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 6 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 6 = Autoquestionnaire Patient Année 4 (sans le GHQ)  
+ 2 question sur la Latéralité

### Variables Ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

### **Latéralité**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
<b>Vous êtes droitier, gaucher, gaucher contrarié ou ambidextre ?</b>	Qualitatif
<b>Pied pour frapper dans un ballon</b>	Gauche / Droit

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON

Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

## Traumatismes

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Membre lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou lequel	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## Comorbidités

### **Index fonctionnelle de Comorbidités**

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON

Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score de Groll	Quantitatif

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

**AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

**WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. Med Sci Sports Exerc 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

## *Données socio-économiques*

### ***Statut Professionnel***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON

Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Revenu, couverture sociale et aides**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif

Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

### ***Appareil ou dispositif pour aide au déplacement***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b><i>LIBELLE</i></b>	<b><i>VALEURS</i></b>
Motif	Texte

Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Séjour en centre de rééducation***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### ***Médicaments***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### ***Traitements locaux au cours dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### ***Examens biologiques***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON

Nombre examens biologiques	Quantitatif
----------------------------	-------------

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroskopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 7 ANS (avec visite)**

- ▶ **Questionnaire médecin**  
avec Radiographies
  
- ▶ **Autoquestionnaire patient**



## • QUESTIONNAIRE MEDECIN – 7 ANS

Question Investigateur année 7 = Questionnaire investigateur Année 5 sans hauteur de jambes

### Variables Ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Tabac en cours	OUI / NON
Tabac : Dose cumulée	Quantitatif
Tabac : durée	Quantitatif
Consommation d'Alcool	OUI / NON
Alcool en cours	OUI / NON
Alcool : dose moyenne	Quantitatif
Alcool : durée	Quantitatif

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur <u>Genou Droit</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur <u>Genou Gauche</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date

Douleur <u>Hanche Droite</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur <u>Hanche Gauche</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON

Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Membre lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou lequel	Texte
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

### Comorbidités

LIBELLE	VALEURS
<b>* Maladies rhumatologiques</b>	
Arthrose	OUI / NON
Polyarthrite rhumatoïde	OUI / NON
Goutte	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Discopathie dégénérative	OUI / NON
Lombalgie chronique	OUI / NON
<b>* Maladies pulmonaires</b>	
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive, emphysème ou syndrome de détresse respiratoire acquis	OUI / NON
<b>* Maladies cardio-vasculaires</b>	
Angine de poitrine	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Arythmie	OUI / NON
Insuffisance cardiaque (congestive)	OUI / NON
Hypertension artérielle	OUI / NON
Artérite des membres inférieurs	OUI / NON
Phlébites	OUI / NON
Autre maladie cardiaque	OUI / NON
Nom autre maladie cardiaque	Texte
<b>* Maladies neurologiques</b>	

Sclérose en plaques	OUI / NON
Maladie de Parkinson	OUI / NON
Migraines ou céphalées chroniques	OUI / NON
Accident vasculaire cérébral	OUI / NON
Accident ischémique transitoire	OUI / NON
Epilepsie	OUI / NON
<b>* Maladies digestives</b>	
Ulcères gastro duodéal	OUI / NON
Hernie hiatale	OUI / NON
Reflux gastro-œsophagien	OUI / NON
MICI : maladie inflammatoire chronique intestinale	OUI / NON
Diverticulose	OUI / NON
Hépatite	OUI / NON
Cholécystite	OUI / NON
<b>* Maladies psychiatriques</b>	
Dépression	OUI / NON
Anxiété	OUI / NON
Attaque de panique	OUI / NON
Syndrome de stress post traumatique	OUI / NON
Intoxication éthylique	OUI / NON
Schizophrénie	OUI / NON
Trouble polaire	OUI / NON
<b>* Baisse de l'acuité visuelle</b>	
Cataracte	OUI / NON
Glaucome	OUI / NON
Dégénérescence maculaire	OUI / NON
<b>* Troubles auditifs</b>	OUI / NON
<b>* Maladies endocriniennes</b>	
Maladies thyroïdiennes	OUI / NON
Diabète type I ou II	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
<b>* Maladies dermatologiques</b>	
Psoriasis	OUI / NON
Eczéma	OUI / NON
<b>* Autres</b>	OUI / NON
Insuffisance rénale	
Cancer	OUI / NON
Cancer de la peau	OUI / NON
Adénome de prostate ou prostatite	OUI / NON
Infection urinaire	OUI / NON
Hypercholestérolémie	OUI / NON
Hypertriglycéridémie	OUI / NON
<b>Score de Groll</b>	Quantitatif

### *MMS (test de Folstein ou Mini Mental Score)*

Mini Mental Score (MMS)	[0;30]
-------------------------	--------

### *Examen clinique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Tension Artérielle (mmHg)	Quantitatif
Circonférence de taille (cm)	Quantitatif
Circonférence de hanche (cm)	Quantitatif

### *ISK (score fonctionnel et clinique du genou)*

Insall JN, Dorr LD, Scott RD, and Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop. Relat Res.1989; 13-4.

ISK	[0;200]
-----	---------

### *Harris (score fonctionnel de hanche)*

Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. J Bone Joint Surg. Am.1969; 51:737-55.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Douleur	Quantitatif
Fonction	Quantitatif
Déformation ou attitude vicieuse	Quantitatif
Amplitude des mouvements	Quantitatif
Score total	[0 ; 100]

### *Arthrose des mains*

#### *Déformations*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif
MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif
IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

#### *Douleurs*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
TM	Quantitatif

MCP	Quantitatif
IPP	Quantitatif
IPD	Quantitatif
Total	Quantitatif

### *Consommation de soins*

#### *Consultations aux urgences au cours de la dernière année*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

#### *Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

#### *Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

#### *Séjour en centre de rééducation*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Lieu et mode de prise en charge de la cure	Texte

#### *Médicaments*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nombre examens biologiques	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON
Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroscopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

### **Radiographies**

- **Genoux** (clichés face en charge, schuss, défilés fémoro-patellaires des deux genoux, à 30° de flexion)
- **Hanches** (clichés du bassin de face, hanches en faux profil de Lequesne)

### **① Radio GENOU**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<b>* Technique</b>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
<b>* Clichés faits</b>	
Face extension	OUI / NON
Face schuss	OUI / NON
Profil	OUI / NON
Défiles FP	OUI / NON
<b>* Autres pathologies du genou</b>	
CCA genou droit / genou gauche	OUI / NON
Paget genou droit / genou gauche	OUI / NON
Ostéonécrose genou droit / genou gauche	OUI / NON
Fracture genou droit / genou gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<b>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</b>	
Kellgren extension fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren schuss fémoro-tibial droit / gauche	[0 ; 4]
Kellgren fémoro-patellaire droit / gauche	[0 ; 4]
<b>* Topographie gonarthrose</b>	
Extension pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Schuss pincement genou droit / genou gauche (fémoro-tibial interne, fémoro-tibial externe, les deux)	Qualitatif
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	Qualitatif
Extension pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Schuss pincement fémoro-tibial genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
Pincement fémoro-patellaire genou droit / genou gauche	[0 ; 4]
<b>* Ostéophytes</b>	
Extension ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes trochlée externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Extension ostéophytes rotule externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
Schuss ostéophytes plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 3]
<b>* Condensation sous-chondrale</b>	

Extension condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Extension condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation condyles externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation plateaux tibiaux externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules interne genou droit / genou gauche	[0 ; 2]
Schuss condensation rotules externe genou droit / genou gauche	[0 ; 2]

## ② Radio Hanches

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date cliché	Date
Date lecture	Date
Lecteur	Qualitatif
<b>* Technique</b>	
Qualité image	Qualitatif
Qualité position	Qualitatif
Agrandissement	Quantitatif
<b>* Clichés faits</b>	
Bassin face	OUI / NON
2 faux profils	OUI / NON
Autres	OUI / NON
<b>* Autres pathologies de hanche</b>	
CCA hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Paget hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Ostéonécrose hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Fracture hanche droite / hanche gauche	OUI / NON
Autre	Texte
<b>* Stade de Kellgren &amp; Lawrence</b>	
Kellgren hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Topographie pincement</b>	
Pincement (supéro-externe, supéro-interne, global, inférieur/postérieur) hanche droite / hanche gauche	Qualitatif
Pincement grade hanche droite / hanche gauche	[0 ; 4]
<b>* Ostéophytes</b>	
Ostéophyte cotyle externe hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle interne hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte cotyle inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]

Ostéophyte tête fémorale supérieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
Ostéophyte tete fémorale inférieur hanche droite / hanche gauche	[0 ; 3]
<i>* Condensation sous-chondrale</i>	
Condensation cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Condensation tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
<i>* Géodes sous-chondrales</i>	
Géodes cotyle hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]
Géodes tête hanche droite / hanche gauche	[0 ; 2]



## • QUESTIONNAIRE PATIENT – 7 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 7 = Autoquestionnaire Patient Année 5  
+ Description de la sévérité de l'arthrose  
+ MHAVIE 3.1

Variables ajoutées en surligné

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Evaluation globale de la Douleur*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

## Description de la sévérité de l'arthrose

LIBELLE	VALEURS
Niveau d'arthrose	Qualitatif

### Auto-questionnaires Patient

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals Of Medicine* 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. *J Clin Epidemiol* 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

#### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

#### **MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

#### **GHQ28** (dépression)

Le General Health Questionnaire (GHQ) a pour objectif de dépister des troubles psychiatriques mais également des troubles psychiques mineurs en population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques

comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

A scaled version of the General Health Questionnaire.' Goldberg D., Hillier VF. Psychol Med 1979 ; 9(1) : 139-45. (validation du GHQ-28)

The GHQ-28 questionnaire in French : a validation survey in a panel of 158 general psychiatric patients.' Pariente, P.D., Challita, A., Mesbah, M., and Guelfi, J.D. Eur.Psychiatr. 7:215-220, 1992.

GHQ28	Quantitatif
-------	-------------

### **MHAVIE 3.1**

Ce questionnaire a pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que la personne réalise dans son milieu (son domicile, son lieu de travail, son quartier).

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score Déplacements	Quantitatif
Score Relations interpersonnelles	Quantitatif
Score Vie communautaire	Quantitatif
Score Loisirs	Quantitatif

## *Données socio-économiques*

### **Statut Professionnel**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Revenu, couverture sociale et aides**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif
Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte

Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

### ***Appareil ou dispositif pour aide au déplacement***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Traitements médecine douce***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### ***Déplacements dus à l'arthrose***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 8 ANS (sans visite)**

- ▶ Autoquestionnaire patient



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 8 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 8 = Autoquestionnaire Patient Année 7 (sans le GHQ)  
+ 2 question sur la Latéralité

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON

Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur lequel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON
Membre lequel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON

Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou le quel	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## *Comorbidités*

### **Index fonctionnelle de Comorbidités**

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score de Groll	Quantitatif

## *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

## Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

## Périmètre de marche

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

## Arthrose des mains : Indice de Dreiser

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

## Auto-questionnaires Patient

### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. Med Sci Sports Exerc 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

### *Données socio-économiques*

**Statut Professionnel**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

**Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif

Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Revenu, couverture sociale et aides**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif

Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

### ***Appareil ou dispositif pour aide au déplacement***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nombre examens biologiques	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON

Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroskopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 9 ANS (sans visite)**

- ▶ Autoquestionnaire patient



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 9 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 8 = Autoquestionnaire Patient Année 8 (sans le GHQ)  
+ 2 question sur la Latéralité

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON

Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur le quel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON

Membre le quel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou le quel	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## *Comorbidités*

### Index fonctionnelle de Comorbidités

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score de Groll	Quantitatif

## *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

#### **WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. *Diabetes Care* 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

### *Données socio-économiques*

**Statut Professionnel**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

**Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif

Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Revenu, couverture sociale et aides**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

## **Consommation de soins**

### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédique	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif

Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

### ***Appareil ou dispositif pour aide au déplacement***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### **Séjour en centre de rééducation**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### **Médicaments**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### **Traitements locaux au cours dernière année**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### **Examens biologiques**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nombre examens biologiques	Quantitatif

### **Autres examens médicaux**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON

Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroskopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif



## **VARIABLES ANNEE DE SUIVI A 10 ANS (sans visite)**

- ▶ Autoquestionnaire patient



## • AUTOQUESTIONNAIRE PATIENT - 10 ANS

Autoquestionnaire Patient Année 10 = Autoquestionnaire Patient Année 9 (sans le GHQ)  
+ 2 question sur la Latéralité

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Date de remplissage du questionnaire	Date

### *Données sociodémographiques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Statut matrimonial	Qualitatif
Lieu de vie	Texte
Taille de la commune	Qualitatif
Retraité	OUI / NON

### *Tabac / Alcool*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consommation de Tabac	OUI / NON
Consommation d'Alcool	OUI / NON

### *Données cliniques*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Poids (kg)	Quantitatif
Taille (cm)	Quantitatif
Douleur Genou Droit	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Droit	Date
Arthrose Genou Droit	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Droit	Date
Douleur Genou Gauche	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Genou Gauche	Date
Arthrose Genou Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Genou Gauche	Date
Douleur Hanche Droite	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Hanche Droite	Date
Arthrose Hanche Droite	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Droite	Date
Douleur Hanche Gauche	OUI / NON

Dates des premiers symptômes Hanche Gauche	Date
Arthrose Hanche Gauche	OUI / NON
Date du diagnostic Hanche Gauche	Date
Douleur <u>Mains</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Mains	Date
Arthrose Mains	OUI / NON
Date du diagnostic Mains	Date
Douleur <u>Cervicales</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Cervicales	Date
Arthrose Cervicales	OUI / NON
Date du diagnostic Cervicales	Date
Douleur <u>Lombaires</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Lombaires	Date
Arthrose Lombaires	OUI / NON
Date du diagnostic Lombaires	Date
Douleur <u>Autres articulations</u>	OUI / NON
Dates des premiers symptômes Autres articulations	Date
Arthrose Autres articulations	OUI / NON
Autres articulations	Texte
Date du diagnostic Autres articulations	Date

### *Evènements de chirurgie prothétique*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Prothèse articulaire Genou droit	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou droit	Date
Prothèse articulaire Genou gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Genou gauche	Date
Prothèse articulaire Hanche droite	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche droite	Date
Prothèse articulaire Hanche gauche	OUI / NON
Date Prothèse articulaire Hanche gauche	Date
Prothèse articulaire (autres)	OUI / NON
Articulation	Texte
Date prothèse autre	Date

### *Traumatismes*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traumatisme durant l'an dernier	OUI / NON
Fractures	OUI / NON
Fracture membre inférieur	OUI / NON
Membre inférieur le quel	Texte
Genou touché	OUI / NON
Hanche touchée	OUI / NON
Fracture d'un membre supérieur	OUI / NON

Membre le quel	Texte
Fracture d'une vertèbre	OUI / NON
Entorses	OUI / NON
Entorse genou	OUI / NON
Genou le quel	Qualitatif
Entorse Traitée par immobilisation	OUI / NON
Entorse Opérée	OUI / NON
Contusion	OUI / NON
Contusion genou	OUI / NON
Contusion Hanche	OUI / NON
Contusion autre	OUI / NON
Menistectomie interne	OUI / NON
Menistectomie externe	OUI / NON
Autre traumatisme	Texte

## Comorbidités

### Index fonctionnelle de Comorbidités

Groll DL, To T, Bombardier C, Wright JG. The development of a comorbidity index with physical function as the outcome. J Clin Epidemiol 2005; 58:595-602.

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Maladie articulaire	OUI / NON
Ostéoporose	OUI / NON
Asthme	OUI / NON
Bronchite chronique obstructive	OUI / NON
Angine de poitrine	OUI / NON
Insuffisance cardiaque	OUI / NON
Infarctus du myocarde	OUI / NON
Maladie neurologique	OUI / NON
AVC / AIT	OUI / NON
Pathologie vasculaire périphérique	OUI / NON
Diabète	OUI / NON
Pathologie oesogastroduodénale	OUI / NON
Dépression	OUI / NON
Anxiété ou attaque de panique	OUI / NON
Troubles de la vue	OUI / NON
Troubles de l'audition	OUI / NON
Mal de dos	OUI / NON
Obésité (IMC>30)	OUI / NON
Score de Groll	Quantitatif

### *Dimension environnement du WHOQOL*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score dimension environnement	Quantitatif

### *Evaluation globale de la Douleur (changement de format à l'année 5)*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Hanche Droite : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Hanche Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Droit : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]
Genou Gauche : Niveau de douleur (0-100)	[0;100]

### *Périmètre de marche*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Distance max que vous pouvez parcourir (m)	Quantitatif
Combien de temps de marche sans arrêter (min)	Quantitatif
Besoin de canne ou de béquille pour marcher	Qualitatif
Etes-vous tombé au cours des 12 derniers mois ?	OUI / NON
Nombre de chutes	Quantitatif

### *Arthrose des mains : Indice de Dreiser*

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Score total	[0 ; 30]

### *Auto-questionnaires Patient*

#### **SF-36** (qualité de vie générique)

McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993; 31:247-63.

SF-36	Quantitatif
-------	-------------

#### **EUROQOL** (questionnaire sur la santé)

Rabin,R. & de Charro,F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals Of Medicine 33, 337-343 (2001).

EuroQol	Quantitatif
---------	-------------

#### **AMIQUAL** ou OAKHQOL en anglais (qualité de vie spécifique)

Rat AC, Coste J, Pouchot J, Baumann M, Spitz E, Retel-Rude N et al. OAKHQOL: A new instrument to measure quality of life in knee and hip osteoarthritis. J Clin Epidemiol 2005; 58:47-55.

AMIQUAL	Quantitatif
---------	-------------

**WOMAC** (capacités fonctionnelles, douleur)

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1988; 15:1833-40.

WOMAC	Quantitatif
-------	-------------

**MAQ** (mesure d'activité physique)

Kriska AM, Knowler WC, LaPorte RE, Drash AL, Wing RR, Blair SN, et al. Development of questionnaire to examine relationship of physical activity and diabetes in Pima Indians. Diabetes Care 1990;13:401-11.

Vuillemin A, Oppert JM, Guillemin F, Essermeant L, Fontvieille A-M, Galan P, et al. Self-administered questionnaire compared with interview to assess past-year physical activity. Med Sci Sports Exerc 2000;32:119-24.

MAQ	Quantitatif
-----	-------------

## Données socio-économiques

### Statut Professionnel

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Temps plein	OUI / NON
Métier exercé	Texte
Temps partiel	OUI / NON
Métier exercé	Texte
% temps complet	[0;100]
Nombre d'heure / semaine	Quantitatif
Arrêt de travail	OUI / NON
Date de début de l'arrêt	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'arrêt de travail ?	OUI / NON
Longue maladie	OUI / NON
Date de mise en longue maladie	Date
L'arthrose est-elle la cause de la longue maladie ?	OUI / NON
Invalidité	OUI / NON
Date de mise en invalidité	Date
L'arthrose est-elle la cause de l'invalidité ?	OUI / NON
Catégorie Invalidité	Texte
Chômeur	OUI / NON
Dernier métier exercé avant chômage	Texte
Retraité	OUI / NON
Homme ou femme au foyer	OUI / NON
Autre situation	OUI / NON
Autre situation : laquelle	Texte

### **Conséquences sur situation professionnelle et activités quotidiennes**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Journées de travail perdues à cause de l'arthrose (3 derniers mois)	Quantitatif
Conséquences de l'arthrose sur la situation professionnelle	Qualitatif
Productivité au travail affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]
Capacité à effectuer les activités quotidiennes affectée à cause de l'arthrose	[0 ; 10]

### **Revenu, couverture sociale et aides**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Revenu mensuel net	Qualitatif
Couverture sociale	Qualitatif
Indemnités ou pension pour couvrir les frais	OUI / NON
Type de pension	Texte
Montant de la pension (EUR/An)	Quantitatif

### **Vie sociale**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Vie en couple	OUI / NON
Propriétaire logement	OUI / NON
Problème d'argent	OUI / NON
Sport	OUI / NON
Loisirs	OUI / NON
Vacances	OUI / NON
Aide à l'hébergement	OUI / NON
Aide financière	OUI / NON
Contacts familiaux	OUI / NON
Rencontre avec travailleur social	OUI / NON

### **Consommation de soins**

#### **Consultations médecins ou autres professionnels de la santé**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations médecin ou prof. de santé au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nb consultations Médecin Généraliste	Quantitatif
Nb consultations Rhumatologue	Quantitatif
Nb consultations Médecin Interniste	Quantitatif
Nb consultations Chirurgien Orthopédiste	Quantitatif
Autre Spécialiste type	Texte
Nb autre Spécialiste	Quantitatif
Nb consultations Infirmière	Quantitatif
Infirmière : Raison des soins	Texte
Nb consultations Aide-soignante	Quantitatif
Nb consultations Kinésithérapeute	Quantitatif

Kinésithérapeute : Raison des soins	Texte
Nb consultations Ostéopathe	Quantitatif
Nb consultations Psychologue	Quantitatif
Nb consultations Diététicienne	Quantitatif
Nb consultations Assistante sociale	Quantitatif
Autre Professionnel de santé type	Texte
Nb autre Professionnel de santé	Quantitatif

### ***Appareil ou dispositif pour aide au déplacement***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Appareil ou dispositif pour aider à se déplacer	OUI / NON
Canne	OUI / NON
Béquilles	OUI / NON
Fauteuil roulant manuel	OUI / NON
Fauteuil roulant électrique	OUI / NON
Siège de toilette adapté	OUI / NON
Chaise pour la douche	OUI / NON
Lit électrique	OUI / NON
Rampe pour la baignoire	OUI / NON
Déambulateur	OUI / NON
Orthèse des membres inférieur	OUI / NON
Chaussures orthopédiques	OUI / NON
Autre appareil	OUI / NON
Autre appareil libellé	Texte

### ***Consultations aux urgences au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Consultations aux urgences	OUI / NON
Motif	Texte
Date	Date
Lieu	Texte
Hospitalisation au décours	OUI / NON
Hospitalisé au cours de la dernière année	OUI / NON

### ***Hospitalisation sans rapport avec une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Hospitalisation liée à une intervention chirurgicale au cours de la dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
----------------	----------------

Motif	Texte
Date entrée	Date
Nombre de jours	Quantitatif
Hospitalisation de jour	OUI / NON
Lieu	Texte

### ***Séjour en centre de rééducation***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Séjour en centre de rééducation	OUI / NON
Nb jours en centre de rééducation	Quantitatif
Cure dans la dernière année	OUI / NON
Mode de prise en charge de la cure	Texte

### ***Médicaments***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Médicaments au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nom du médicament	Texte (sera codé)
Dosage	Quantitatif
Voie	Texte
Dose par prise	Quantitatif
Fréquence des prises	Quantitatif

### ***Traitements locaux au cours dernière année***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Traitements locaux de l'arthrose du genou de hanche	OUI/NON
Infiltrations de cortisone	OUI/NON
Nom du produit	Texte
Nombre d'infiltration	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Viscosupplémentation	OUI/NON
Produit	Texte
Nombre d'injections	Quantitatif
Articulations concernées	Qualitatif
Autre infiltrations	OUI/NON
Type autre infiltration	Texte

### ***Examens biologiques***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Examens biologiques au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Nombre examens biologiques	Quantitatif

### ***Autres examens médicaux***

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Autres examens médicaux au cours des 3 derniers mois	OUI / NON
Radiographie	OUI / NON
Echographie	OUI / NON

Scanner	OUI / NON
IRM	OUI / NON
Fibroskopie gastrique	OUI / NON
Coloscopie	OUI / NON
Mammographie	OUI / NON
Epreuve fonctionnelle respiratoire	OUI / NON
Densitométrie osseuse	OUI / NON
Scintigraphie osseuse	OUI / NON
Autre Examen médical	OUI / NON
Nom autre examen médical	Texte

### **Traitements médecine douce**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Recours à la médecine douce	OUI / NON
Nb de visite/recours Mésothérapie	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe kiné	Quantitatif
Nb de visite/recours Ostéopathe Méd.	Quantitatif
Nb de visite/recours Acupuncture	Quantitatif
Nb de visite/recours Homéopathe	Quantitatif
Nb de visite/recours Herbes médicinales ou plantes	Quantitatif
Nb de visite/recours Régime amaigrissement	Quantitatif
Nb de visite/recours Régimes alimentaire spécifique	Quantitatif
Nb de visite/recours Relaxation/Hypnose	Quantitatif
Nb de visite/recours Autres Libellé	Texte
Nb de visite/recours Autres	Quantitatif
Médecin habituel au courant des médecines douces	OUI / NON
Pourquoi le médecin n'est pas au courant	Qualitatif
Autre raison	Texte

### **Déplacements dus à l'arthrose**

<b>LIBELLE</b>	<b>VALEURS</b>
Déplacements dus à l'arthrose	OUI / NON
Lieu	Texte
Nb kilomètres	Quantitatif
Mode de déplacement	Qualitatif
Coût pris en charge par sécurité sociale	Quantitatif
Coût restant à charge	Quantitatif