

QUESTIONNAIRE MALADIE DE CROHN

(A remplir par le Médecin traitant)

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :** __/__/____
Veuillez écrire en majuscules

Poids (kg) : **Taille (cm) :** **Tension artérielle :** **Traitée :** Oui Non

- Diagnostic :
- Histoire évolutive :
- Date de découverte : __/__/____
- Date de la dernière consultation : __/__/____
- Date de la dernière poussée : __/__/____
- Etat actuel :

<u>Renseignements</u>	<u>Oui/ Non</u>	<u>Commentaires</u>	<u>Dates</u>
➤ LOCALISATION : - Iléon - Côlon uniquement - Iléocolite - Plus de 2 segments de l'intestin grêle - Atteinte diffuse de l'intestin grêle - Autres (lesquelles)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
➤ RECIDIVES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, combien : Dernière le : __/__/____	
➤ REMISSION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis le : __/__/____	
➤ TRAITEMENT MEDICAL : - Salazopyrine - 5-ASA - Corticothérapie au long cours permanente - Immunodépresseur au long cours permanent - Nutrition Parentérale - Autre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis : __/__/____ Depuis : __/__/____ Posologie..... Depuis : <input type="checkbox"/> Interompue Depuis : __/__/____ Depuis : __/__/____ <input type="checkbox"/> Interompue Depuis : __/__/____ Durée Lequel ?Depuis : __/__/____	

<u>Renseignements</u>	<u>Oui / Non</u>	<u>Commentaires</u>	<u>Dates</u>
<p>➤ TRAITEMENT CHIRURGICAL *</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel ?	
<p>➤ COMPLICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fistule (entéro-vésicale, colo-vésicale, colo-vaginale ou colo-rectale) - Mégacôlon toxique - Anémie mégaloblastique - Perte de poids - atteinte hépatique associée - Autre 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Persistance après opération Taux de l'omoglobine..... Kg Laquelle?.....	
<p>➤ EXTENSION DE L'AFFECTION :</p> <p>Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transit du grêle - Lavement baryté - Endoscopie - Détermination de la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.) - Autre 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* Lequel ? Résultat*	

***Important :** la communication des comptes rendus histologique, des scintigraphies ainsi que de tout examen est indispensable.

Fait à le **Signature et cachet du médecin traitant**