

LISTE DE VÉRIFICATION DES SYMPTÔMES DE DOULEUR ARTICULAIRE

	OUI	NON
Ressentez-vous de la douleur dans vos articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous de la douleur dans vos poignets et vos mains?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos mains ou vos poignets sont-ils enflés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la difficulté à faire un poing avec votre main?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos articulations sont-elles raides le matin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À partir du moment où vous vous réveillez le matin, vous faut-il plus de 60 minutes pour bouger vos articulations sans difficulté?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que ce sont les mêmes articulations qui sont touchées des deux côtés du corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on déjà dit que vous êtes atteint de polyarthrite rhumatoïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille est-il atteint de polyarthrite rhumatoïde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous a-t-on diagnostiqué une éruption cutanée appelée psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ces symptômes depuis plus de six semaines, mais moins de un an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos problèmes aux os ou aux articulations ont-ils entravé des activités importantes de votre vie? Par exemple, vous avez de la difficulté avec vos soins personnels ou vous avez dû apporter des changements à vos activités de loisir ou de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avec la permission de la D^{re} Mary Bell, « Self-administered inflammatory arthritis detection tool », Journal of Rheumatology.2013, 40:4. Droits d'auteur : D^{re} Mary J. Bell et le Sunnybrook Health Sciences Centre.

Si vous avez répondu OUI à plusieurs de ces questions, vous devriez prendre rendez-vous avec votre fournisseur de soins de santé pour discuter avec lui.

LISTE DE VÉRIFICATION SUPPLÉMENTAIRE DES SYMPTÔMES DE DOULEUR ARTICULAIRE

Les renseignements supplémentaires ci-dessous pourraient être utiles pour votre fournisseur de soins de santé.

	OUI	NON
Vos douleurs articulaires persistantes se situent-elles dans vos grosses articulations portantes, comme les hanches ou les genoux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos douleurs articulaires persistantes sont-elles dans vos petites articulations non portantes, comme les mains et les pieds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il déjà arrivé de ressentir une douleur ou une raideur persistante dans les fesses, les cuisses, la poitrine, les épaules, le haut des bras ou le cou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressentez-vous de la douleur après une période d'inactivité ou lorsque vous êtes au lit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La douleur dans vos articulations diminue-t-elle au cours de la journée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il déjà arrivé de vous sentir mal sans raison apparente (p. ex., fièvre ou symptômes ressemblant à un rhume)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous perdu du poids de façon inattendue ou avez-vous noté une baisse d'appétit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos ongles sont-ils abîmés ou décolorés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un membre de votre famille a-t-il reçu un diagnostic d'arthrite psoriasique, de spondylarthrite ankylosante, de rhumatismes, d'arthrose, de lupus ou d'une autre forme d'arthrite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>