Online supplementary Table 2. Standardized reporting form for reporting comorbidities, risk factors, treatments and related management recommendations as developed in French during the Rencontresd'Experts en Rhumatologie

TENSION ARTERIELLE (TA)			
Reporter la maladie et les traitements			
Hypertension	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Traitement anti-hypertenseur	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Dépister la maladie			
Pression artérielle systolique ce jour	☐ mmHg		
Pression artérielle diastolique ce jour	☐ mmHg		

Recommandations

Patient avec hypertension connue :

- mesure tensionnelle pluriannuelle et si TA ≥ 140/90 mmHg, adresser au généraliste ou au cardiologue

Patient sans hypertension connue :

- si TA ≥ 140/90 mmHg, confirmer par mesure hors du cabinet (auto-mesure ou Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle) ou adresser au généraliste ou cardiologue pour prise en charge de l'hypertension. En auto-mesure, la TA doit être <135/85 mmHg.
- Si TA ≥ 180/110 mmHg, adresser d'emblée au médecin traitant ou cardiologue pour prise en charge de l'hypertension.

Patient atteint de RIC : dépistage annuel et à chaque consultation dans le lupus.

DIABETE

Reporter la maladie et les traitements

Diabète		☐ Oui	☐ Non		
	Si diabète, mesure de l'HbA1c :	Mois ☐ Année ☐ Valeur ☐ , ☐ %		☐ Jamais	☐ Ne sait pas
Traitement anti-diabétique		☐ Oui	☐ Non		

Recommandations

- Patient diabétique, mesurer HbA1c tous les 3 à 6 mois.

  Cible d'HbA1c : ≤ 7 % sauf :
  - diagnostic récent, sans antécédent cardiovasculaire et espérance de vie > 15 ans : cible HbA1c ≤ 6,5 %
  - espérance de vie < 5 ans ou complications macrovasculaires évoluées, ou diabète ancien mal équilibré : cible HbA1c ≤ 8 %
  - ≥ 75 ans avec état de santé fragilisé : cible HbA1c entre 8 et 9 %

  si HbA1c non réalisée ou cible non atteinte, référer au généraliste, à l'endocrinologue ou au diabétologue.

Reporter les FDR

Taille	☐ cm		Poids	☐ kg		
IMC	☐ , ☐ kg/m^2		Tour de taille	☐ cm		
Corticothérapie	☐ Oui	☐ Non	ATCD familial de diabète	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
ATCD personnel de glycémie élevée	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas			

Recommandations

- Population générale : perdre du poids si :
- Surpoids : IMC > 25 kg/m^2 Obésité : IMC > 30 kg/m^2 Tour de taille élevé : > 80 cm chez la femme ou > 94 cm chez l'homme.

Dépister la maladie

Si absence de diabète, mesure de la glycémie :	Année ☐ Valeur ☐ , ☐ g/l	☐ Jamais	☐ Ne sait pas

Recommandations

- Patient non diabétique : dépister un diabète tous les 1 à 3 ans, en fonction des facteurs de risque (surpoids, obésité, tour de taille élevé, corticoïdes, ATCD familial de diabète, ATCD personnel de glycémie élevée). Diagnostic de diabète en présence d'une glycémie à jeun ≥ 7,0 mmol/l (1,26 g/l) confirmée sur 2e prélèvement ou glycémie ≥ 11,1 mmol/l (2 g/l).
- Si découverte de diabète, référer au médecin traitant à l'endocrinologue ou au diabétologue.

RISQUE CARDIOVASCULAIRE GLOBAL

Reporter les traitements				
Traitement anti-agrégant	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Traitement anti-coagulant	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Reporter les situations à haut et très haut risque (présentes ou passées)				
Pathologies cardiovasculaires ischémiques incluant infarctus du myocarde, angine de poitrine, coronaropathie silencieuse ou stent	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Plaque carotidienne	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	
Insuffisance rénale modérée à sévère *(débit de filtration glomérulaire DFG < 60 ml/min)*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	et valeur du DFG ☐ ml/min MDRD ☐Cockroft☐
Diabète de type 2 ou type 1	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	

Recommandations

- Si vous avez coché oui pour l'une des pathologies précédentes, le patient est à (très) haut risque CV et doit être adressé à un cardiologue.
  Sinon, calculez le Heart SCORE®.

Calculer le Heart SCORE®

http://www.heartscore.org/Pages/welcome.aspx

Pour le calcul du Heart SCORE®, vous avez besoin des éléments suivants :

	• Âge	☐mois de naissance ☐année de naissance			
	• Sexe	☐ Masculin	☐ Féminin		
	• Cholestérol total (CT) :	☐ , ☐ g/l	• HDL :	☐ , ☐ g/l	
	• Actuellement fumeur	☐ Oui	☐ Non		
	• Pression artérielle systolique	☐mmHg			
Heart SCORE® obtenu		☐ , ☐ %			

Recommandations

- Calculez le Heart SCORE® et multipliez le par 1,5 en cas de PR.

  Attention, en cas de RIC actif ou instable au moment du dosage, le HEART SCORE ® peut être faussement bas et un contrôle ultérieur est souhaitable.

  Si le HEART SCORE® (multiplié par 1,5 en cas de PR) est > 5%, adresser le patient à un cardiologue. On peut considérer d'adresser le patient dès 1%.

- Patient atteint de RIC : évaluerrisque cardiovasculaire global au moins tous les 5 ans et après chaque changement majeur de traitement de fond et tous les ans pour les patients atteints de lupus.

- Patient tabagique actif : rappeler l'importance du sevrage et recommander une consultation de tabacologie.

DYSLIPIDEMIE

Reporter la maladie et les traitements

Traitement hypolipémiant	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Année de mesure du profil lipidique	Année ☐	☐ Jamais	☐ Ne sait pas

Recommandations

- Patient avec hypercholestérolémie traitée : mesurer le cholestérol tous les ans.
- Patient atteint de RIC sans hypercholestérolémie connue : mesurer le cholestérol au moins tous les 5 ans et/ou après chaque changement majeur de traitement de fond
  Attention, en cas de RIC actif ou instable au moment du dosage, le cholestérol peut être faussement bas et un contrôle ultérieur est souhaitable.
- Patient atteint de lupus sans hypercholestérolémie connue : mesurer le cholestérol tous les ans et/ou après chaque changement majeur de traitement de fond.

Dépister la maladie

Cholestérol LDL	☐ , ☐ g/l	☐ , ☐ mmol/l

Recommandations

Valeur cible cholestérol LDL (selon HEART SCORE®) : se référer au tableau

Patient hors valeur cible : adresser au médecin traitant ou au cardiologue pour la prise en charge (règles hygiéno-diététiques RHD et/ou traitement hypolipémiant).

Heart SCORE® (%) *(recalibré pour la PR)*	**CIBLE**	**Valeurs de cholestérol LDL**			
		< 0,70 g/L < 1,8 mmol/L	**0,70 < 1,00 g/L 1,8 à < 2,5 mmol/L**	**1,00 à 1,90 g/L 2,5 à < 4,9 mmol/L**	**> 190 mg/dL > 4,9 mmol/L**
< 1	**3 mmol/l 1,15 g/l**	**pas d'intervention**	**pas d'intervention**	**RHD**	**RHD ± traitement si non contrôlé**
≥ 1 à < 5	**3 mmol/l 1,15 g/l**	**RHD**	**RHD**	**RHD ± traitement si non contrôlé**	**RHD ± traitement si non contrôlé**
≥ 5 à < 10	**2.5 mmol/l 1,00 g/l**	**RHD ± traitement**	**RHD ± traitement**	**RHD + traitement immédiat**	**RHD + traitement immédiat**
≥10 ou très haut risque CV	**1.8 mmol/l 0,70 g/l**	**RHD ± traitement**	**RHD + traitement immédiat**	**RHD + traitement immédiat**	**RHD + traitement immédiat**

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Reporter la maladie

Diagnostic d'insuffisance cardiaque *(par ex. œdème aigu du poumon)*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Si ne sait pas, suivi cardiologique	☐ Oui	☐ Non	

Dépister la maladie

Œdème des membres inférieurs	☐ Oui	☐ Non
Essoufflement *(Apparition d'un essoufflement pour un effort qui n'en causait pas précédemment)*	☐ Oui	☐ Non
Orthopnée *(Nécessité de prendre un oreiller pour ne pas être essoufflé en position allongée)*	☐ Oui	☐ Non

Recommandations

- Population générale : en présence de symptômes évocateurs d'insuffisance cardiaque (oedèmes des membres inférieurs, apparition d'un essoufflement pour un effort qui n'en causait pas précédemment, orthopnée), référer au médecin traitant ou au cardiologue.

CANCER DU SEIN

Reporter la maladie			
ATCD personnel de cancer du sein	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
Reporter les FDR			
ATCD familiaux de cancer du sein	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Dépister la maladie			
Date de la dernière mammographie	☐ Année		☐ Jamais faite

Recommandations

- Population générale : mammographie tous les 2 ans entre 50 et 74 ans.
- Patiente avec ATCD personnel ou familial : prise en charge personnalisée hors dépistage systématique. Voir gynécologue.

CANCER DU COL DE L'UTERUS

Reporter la maladie			
ATCD de cancer du col de l'utérus	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
Dépister la maladie			
Date du dernier frottis	Année ☐		☐ Jamais fait
Frottis normal	☐ Oui	☐ Non	
Prévenir la maladie			
Vaccination anti-HPV	☐ Oui	☐ Non	

Recommandations

- Patiente entre 25 et 65 ans si activité sexuelle : FCV tous les ans pendant 2 ans puis, si normaux, tous les 3 ans.
- Patiente avec FCV anormal (dysplasie ou cancer) : prise en charge personnalisée.
- Patiente entre 11 et 14 ans : vaccination anti-HPV doit être proposée, avec pour celles qui ne l 'ont pas fait un rattrapage limité à l'âge de 19 ans révolu.

CANCER DE LA PROSTATE

Reporter la maladie			
ATCD de cancer de la prostate	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
Reporter les FDR			
Présence de symptômes uro-génitaux *(dysurie, pollakiurie, brulures mictionnelles, douleurs à l'éjaculation, hématurie, hémospermie)*	☐ Oui	☐ Non	
ATCD familial *(≥ 2 cancers de la prostate ou ≥ 1 cancer avant 55 ans)*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Origine afro-antillaise	☐ Oui	☐ Non	

Recommandations

- Population générale : pas de dépistage systématique
- Patient avec symptômes urogénitaux ;ouâge≥ 45 ans et (soit ATCD familial soit origine afro-antillaise) : adresser le patient au médecin traitant ou à un urologue.

CANCER DU POUMON

Reporter la maladie			
ATCD de cancer du poumon	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐

Reporter les FDR			
Tabagisme	☐ Jamais	☐ Sevré depuis ☐ ans	☐ Actif
	Nombre de paquets-années ☐		

Recommandations

- Population générale : pas de dépistage systématique
- Patient tabagique actif : adresser au généraliste pour sevrage.

LYMPHOME

Reporter la maladie			
ATCD de lymphome	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐

Dépister la maladie			
Aires ganglionnaires palpées par un médecin dans l'année	☐ Oui	☐ Non	

Recommandations

- Palper les aires ganglionnaires tous les ans

CANCER COLO-RECTAL

Reporter la maladie			
ATCD de cancer colo-rectal	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐

Reporter les FDR			
ATCD personnel de MICI	☐ Oui	☐ Non	
ATCD personnel de polypes coliques	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
ATCD familial au 1er degré de polypes ou de cancer colorectal	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Dépister la maladie		
Date du dernier Hemoccult / test immunologique de dépistage de sang dans les selles	Année ☐	☐Jamais fait
Date de la dernière coloscopie	Année ☐	☐Jamais fait

Recommandations

- Patient entre 50-74 ans sans facteurs de risque : test de dépistage de sang dans les selles tous les 2 ans ; si celui-ci est positif, une coloscopie est recommandée.
- En cas de coloscopie normale et en absence de facteurs de risque personnels ou familiaux, une reprise du dépistage systématique de sang dans les selles est prévue 5 ans après la date de la coloscopie.
- Patient avec MICI ou ATCD personnel ou familial de polypes ou de cancer : suivi personnalisé par le gastroentérologue.

CANCER DE LA PEAU			
Reporter la maladie			
ATCD de mélanome	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
ATCD de carcinome spinocellulaire	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
ATCD de carcinome basocellulaire	☐ Oui	☐ Non	Si oui, année du diagnostic ☐
Dépister la maladie			
Date de dernière consultation chez le dermatologue pour dépister un cancer de la peau	Année ☐	☐ Jamais faite	

Recommandations

- Population générale : consultation en dermatologie au moins une fois dans la vie
- Fréquence des consultations de suivi déterminée par le dermatologue.

TUBERCULOSE			
Reporter le statut vaccinal et les FDR			
Vaccination BCG (Noter son caractère faiblement protecteur chez l'adulte)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Facteurs de risque *Migrants, usagers de drogues IV, difficultés avec l'alcool, précaires, contage (contact avec personnes tuberculeuses)*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Reporter la maladie et les traitements			
ATCD de tuberculose maladie (TM)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
• Si pas de TM, présence d'une tuberculose latente (affirmée si ATCD de primo-infection, ou si virage IDR hors vaccination, ou si positivation de l'IGRA)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
Si tuberculose latente, a-t-elle été traitée par au moins 6 mois de multithérapie	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
• Si antécédent de TM, antibiothérapie adaptée	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Recommandations

- Patient à risque (migrant, usager de drogue IV, alcool, précaire, contage..) : dépistage recommandé
- Patient avant mise sous biothérapie : dépistage indiqué
- En cas de tuberculose et de doute sur le traitement, adresser à un spécialiste

INFECTION VIRALE

Reporter la maladie

ATCD d'une des infections virales ci-dessous	☐Oui	☐Non	
Si oui, laquelle :			
☐VIH	☐VHB	☐VHC	☐ Varicelle / Zona	☐Herpèsrécurrent

AUTRES INFECTIONS

Reporter la maladie

ATCDd'infection sévère *(pronostic vital engagé, hospitalisation, ou résultant en un handicap)*	☐ Non	☐ Oui, unique	☐ Oui, multiple
ATCD d'infections non sévères mais répétées	☐ Non	☐ Oui	Si oui, lesquelles : ☐
ATCD d'infection opportuniste	☐ Non	☐ Oui, unique	☐ Oui, multiple

Si oui, laquelle :

Infections bactériennes opportunistes	Année		Infections parasitaires opportunistes		Année
☐ Angiomatosebacillaire	☐		☐	Isosporidiose	☐
☐ Listériose	☐		☐	Leishmaniose	☐
☐ Infection par une mycobactérie atypique*	☐		☐	Toxoplasmosecérébrale*	☐
☐ Nocardiose	☐		☐	Anguillulose	☐
			☐	Cryptosporidioseintestinale	☐
☐ Salmonellose	☐				
☐ Pneumopathie à pneumocoque	☐				
			Infections fongiques opportunistes		Année
Infections virales opportunistes	Année		☐	Aspergillose invasive*	☐
☐ Infection symptomatiqueà CMV*	☐		☐	Candidose invasive	☐
☐ Infection systémique ou étendue à HSV*	☐		☐	Histoplasmose*	☐
☐ LEMP (virusJC)	☐		☐	Coccidioidomycose*	☐
☐ Varicelle avec atteinteviscérale	☐		☐	Cryptococcose*	☐
☐ Zona* (si > 1 dermatome et/ou ophtalmique et/ou atteinte du SNC)	☐		☐	Pneumocystose*	☐

Recommandations

- * Vigilance augmentée chez ces patients à risque : infections susceptibles de se réactiver

AFFECTION DENTAIRE

Dépister la maladie

Date de dernière consultation avec un dentiste	Mois ☐ Année ☐

Recommandations

- Une consultation annuelle chez le dentiste est conseillée

BRONCHITE CHRONIQUE

Reporter la maladie

Diagnostic connu de bronchite chronique	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Dépister la maladie

Si non ou ne sait pas, poser les questions suivantes :

	• Toussez-vous souvent (tous les jours) ?	☐ Oui	☐ Non
	• Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?	☐ Oui	☐ Non
	• Êtes-vous plus facilement essoufflé que les personnes de votre âge ?	☐ Oui	☐ Non
	• Avez-vous plus de 40 ans ?	☐ Oui	☐ Non
	• Avez-vous fumé ou fumez-vous ou avez-vous été exposé de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de votre environnement ?	☐ Oui	☐ Non

Recommandations

- Si ≥3 réponses positives : adresser le patient au médecin traitant ou à un pneumologue pour investigations complémentaires éventuelles (TDM thoracique / Spirométrie)
- Si ≥2 réponses positives: signe d'alarme.

DIVERTICULITE

Reporter la maladie

ATCD de diverticulite *(confirmé par un gastroentérologue)*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

Recommandations

- Patient avec antécédent de diverticulite : prudence pour la prescription de corticoïdes et d'AINS.

VACCINATIONS : REPORTER LE STATUT VACCINAL				
vaccination **Diphtérie Tétanos Polio**	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	☐ Refus
	Si oui, année ☐			
Recommandations • Population générale : vaccination recommandée à 25 ans, 45 ans, 65 ans puis tous les 10 ans. • Patient sous immunomodulateurs* : rappel tous les 10 ans.				
vaccination **Grippe**	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	☐ Refus
	Si oui, année e la dernière vaccination ☐			
Recommandations • Vaccination annuelle recommandée chez les patients sous immunomodulateurs* ou à risques infectieux ou de plus de 65 ans.				
vaccination **Pneumocoque**	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	☐ Refus
	Si oui, année ☐			
	Si oui, schéma vaccinal :			
	☐Prevenar® seul	☐ Pneumo23® seul	☐Prevenar® + Pneumo23®	☐ Ne sait pas

Recommandations
• La vaccination contre le pneumocoque est recommandée chez le patient sous immunomodulateurs* :
  • Patient sous immunomodulateurs* jamais vacciné : vaccination recommandée par une dose vaccin conjugué 13- valent suivie au moins 8 semaines plus tard d'une dose de vaccin non conjugué 23-valent (une dose de vaccin PREVENAR® suivie au moins 8 semaines plus tard d'une dose de vaccin PNEUMO23®
  • Patient sous immunomodulateurs* ayant reçu une dose de vaccin non conjugué 23-valent non précédée d'une dose de vaccin conjugué 13-valent : même schéma (vaccin conjugué 13-valent suivi de vaccin non conjugué 23-valent) 3 ans après la dernière vaccination avec le vaccin non conjugué 23-valent.
  ○ Chez les malades ayant reçu PREVENAR® puis PNEUMO23® il n'existe pas encore de recommandations concernant le renouvellement de cette vaccination.				

vaccination **Hépatite B**	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	☐ Refus
	Si oui, année ☐			
Recommandations • Chez les patients séronégatifs pour le VHB, il est recommandé de proposer la vaccination anti-VHB avant l'instauration des biothérapies, surtout en cas de facteurs de risque (jeunes des internats des établissements pour enfance, institution psychiatrique, partenaires sexuels multiples, toxicomane IV, transfusions itératives, contage Hépatite B).				
vaccination **Zona**(Zostavax®)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas	☐ Refus
Recommandations • Patients de plus de 65 ans : vaccination Zostavax® (vaccin vivant atténué) recommandée. • Patients atteints de RIC : pas de consensus mais attention vaccin vivant contre-indiqué chez le patient sous immunosuppresseurs (biothérapie, MTX > 0,4 mg/kg/ sem, cortisone > 10 mg/jour).				

*Immunomodulateurs : traitement de fond conventionnel (methotréxate, leflunomide, cortancyl>0, 1 mg/kg/jour, biothérapie.

DEPRESSION			
Reporter la maladie			
Patient actuellement suivi pour dépression	☐ Oui	☐ Non	
Reporter les FDR			
ATCD de dépression ou de traitement antidépresseur	☐ Oui	☐ Non	

OSTEOPOROSE

Reporter la maladie

ATCD de fracture à faible énergie	☐ Oui	☐ Non	
Si oui, préciser :			
Fracture sévère *(extrémité supérieure et inférieure du fémur ; extrémité supérieure de l'humérus ; vertèbres ; ≥ 3 côtes ; bassin/sacrum ; fémur distal et tibia proximal)*	☐ Oui	☐ Non	
Autre fracture	☐ Oui	☐ Non	
Historique de la taille : perte >= 4 cm par rapport à l'âge de 20 ans	☐ Oui	☐ Non	

Recommandations

- Patient ayant eu une fracture sévère à faible énergie* : traitement recommandé (* *extrémité supérieure du fémur, extrémité supérieur de l'humérus, vertèbres, ≥3côtes, bassin/sacrum)*
- Patient ayant eu une fracture ostéoporotique non sévère ou en absence de fracture : DMO pour évaluation du risque fracturaire et, si nécessaire, calcul du FRAX.
- Patient avec perte de taille de + de 4 cm depuis l'âge de 20 ans : rechercher une fracture vertébrale par imagerie

Reporter les FDR

Date de dernière ostéodensitométrie	Mois ☐ Année ☐		☐ Jamais faite
T-score	Valeur rachis ☐	Valeur col ☐	

Recommandations

- La densitométrie osseuse est indiquée :
  - au moins une fois chez les patients RIC
  - dans la population générale en cas de signes d'OP, atcd de pathologies inductrices d'ostéoporose et/ou de corticothérapie>7.5 mg/j pdt≥ 3 mois
  - chez la femme ménopausée en cas de ménopause < 40 ans, IMC<19, antécédent de corticothérapie> 7.5 mg/ ≥ 3 mois ou ATCD de fracture du col chez un apparenté du 1er degré

En cas de T-score inférieur à -3, considérer un traitement antiostéoporotique.

Calcul du FRAX indiqué si âge supérieur à 40 ans et :T score supérieur à -3 sur les 2 sites, ou autres facteurs de risque, ou antécédent de fractures non sévères.
https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=fr

Pour le calcul du FRAX®, vous avez besoin des éléments suivants :

	• Âge	☐ ans		• Fracture	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
	• Sexe	☐ Masculin	☐ Féminin	• Corticothérapie > 3 mois	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
	• Poids	☐ Kilos		• Ostéoporose secondaire*	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
	• Taille	☐ Cm		• ATCD familial de FESF (1er degré)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
	• Actuellement fumeur	☐ Oui	☐ Non	• Indice de masse corporelle < 19	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
	• Polyarthrite rhumatoïde	☐ Oui	☐ Non	• Alcool (≥ 3 verres/jour)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas

** Entrez oui si le patient a des pathologies fortement associées à l'ostéoporose. Ceci inclut le diabète de type 1 (insulino-dépendant), l'osteogenesisimperfecta chez l'adulte,l'hyper-thyroïdisme de longue date non-traitée, l'hypogonadisme ou la ménopause prématurée (inférieure à 45 ans), la malnutrition chronique, la malabsorption et les maladies chroniques du foie.*

Score FRAX® obtenu ***Risque de fracture à 10 ans***	Majeure ☐ , ☐ %	Hanche ☐ , ☐ %

Recommandations - Quand traiter ?

- Patient ayant une fracture sévère à faible énergie
- Si T score inférieur (ou égal) à -3 sur 1 des2 sites
- Si T score supérieur à -3 et Frax correspondant au seuil d'intervention (http://www.grio.org/documents/frax-tool-200-1387554439.pdf) : considérer un traitement