

ANEXO I

Centro

Número de paciente / / / / /

Criterios de Inclusión

	si	no
CI1: Lumbalgia o artralgia crónica (>3 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI2: NO diagnóstico de EspA, APso ni de otra enfermedad reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI3: NO haber recibido en ningún momento tratamiento biológico o fármaco dirigido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI4: Capaz de comprender las preguntas y completar los cuestionarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI5: Se ha obtenido el consentimiento informado escrito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI6: Extraída muestra de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todo lo anterior deben ser “si” para incluir al paciente.

Fecha firma de consentimiento informado

/ / / 20 / /

Datos demográficos

DEM1: Fecha de la visita actual

/ / / / 20 / / /

DEM2: Fecha de nacimiento

/ / / / / / / / / /

DEM3: Sexo

masculino ☐ femenino ☐

DEM4: Peso

/ / / / /, / / /
kilos

DEM5: Altura

/ / / / /
cm

DEM6: Tensión arterial

- Sistólica / / / / mmHg
- Diastólica / / / / mmHg

DEM7: Tabaquismo

- nunca ☐
- fumador pero dejó hace más de 3 años ☐
- fumador pero dejó hace 3 años o menos ☐
- fumador actual ☐

DEM8: Ingesta de alcohol

- Nunca/ocasionalmente ☐
- Bebedor habitual ☐

DEM9: Nivel socio-educativo – *por favor, marque la casilla del NIVEL MÁS ALTO*

- Primario (o menos) ☐
- Secundario ☐
- Bachillerato/Formación profesional ☐
- Universidad ☐

DEM10: Profesión actual – *por favor, marque una sola casilla*

- Jubilado ☐
- Agricultura/ganadería ☐
- Industria ☐
- Empleado público ☐
- Sector servicios ☐
- Desempleado ☐
- Trabajador por cuenta propia ☐
- Ama de casa ☐

DEM11: Ejercicio físico

- No ☐
- Ocasionalmente ☐
- Regularmente ☐

ANTECEDENTES FAMILIARES

Presencia en primer o segundo grado de parentesco de alguna de las siguientes:

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No disponible</i>
- Espondilitis Anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uveítis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Artritis reactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Manifestaciones articulares en algún momento previo a la visita

1. Afectación axial

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez dolor lumbar crónico?
- si ☐ no ☐

2. Enfermedad articular periférica (excluyendo cadera)

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez artritis (excluyendo cadera)?
- si ☐ no ☐

3. Afectación de cadera

- ¿Considera que el paciente ha presentado alguna vez afectación de cadera?
- si ☐ no ☐

4. Entesitis

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez un episodio de entesitis relacionada a la espondiloartritis?
- si ☐ no ☐

Si es afirmativo, ¿algunas de estas localizaciones?

- | | si | no |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| ○ Tendón de Aquiles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ○ Fascia plantar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Dactilitis

- ¿Considera usted que el paciente ha presentado alguna vez un episodio de dactilitis?
- si ☐ no ☐

Manifestaciones extra-articulares

EXTRA: Manifestaciones extra-articulares

1. Uveítis

¿Alguna vez el paciente ha presentado Uveítis Anterior Aguda confirmada por un oftalmólogo?

si no

☐ ☐

- Si es afirmativo, ¿cuál de las siguientes Uveítis?

si no

- Uveítis anterior aguda
- Uveítis intermedia
- Uveítis posterior
- Panuveítis

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

2. Psoriasis

¿Alguna vez el paciente ha presentado un episodio de Psoriasis confirmada por un dermatólogo?

si no

☐ ☐

si no

- Psoriasis en placas
- Psoriasis invertida
- Psoriasis palmoplantar
- Psoriasis ungueal
- Psoriasis en cuero cabelludo

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

3. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)

¿Está el paciente diagnosticado de EII por un digestólogo?

si no

☐ ☐

- Si es afirmativo, ¿cuál de las siguientes EII?

si no

- Enfermedad de Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Colitis inespecífica
- Colitis colágena

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

COMORBILIDADES

CV. Enfermedades cardiovasculares

- | | si | no | Desconocido |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ ¿El paciente ha sido diagnosticado alguna vez de...? | | | |
| - Trastornos del ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Dislipemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Cardiopatía isquémica (ej. <i>angor</i> , <i>IAM..</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hiperuricemia o gota | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Úlcera gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fractura vertebral o espinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - EPOC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Neumopatía intersticial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Amiloidosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hígado graso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Otras 1 _____ | | | |
| - Otras 2 _____ | | | |
| - Otras 3 _____ | | | |

CAN. Enfermedades malignas

	Si	no	desconocido
¿El paciente ha presentado alguna enfermedad maligna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, anote el tipo de enfermedad maligna y la fecha. En el CRD electrónico aparecerá un listado para que seleccione el tipo de cáncer.

	Tipo	Fecha (año)
Enfermedad maligna 1		/ / / /
Enfermedad maligna 1		/ / / /

Laboratorio

LAB: Laboratorio

PCR de la visita del estudio: / / / ☐mg/L ☐mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: / / / ☐mg/L ☐mg/dL

•

HLA-B27

Positivo ☐ Negativo ☐

TT. Modalidades de tratamiento desde el inicio de la enfermedad

▪ Hipolipemiantes	/ / *
▪ Fármacos antiarrítmicos	/ / *
▪ Antiagregantes	/ / *
▪ Anticoagulantes	/ / *
▪ Antidiabéticos orales o insulina	/ / *
▪ Antihipertensivos	/ / *
▪ Corticoides locales	/ / *
▪ Corticoides orales	/ / *
▪ AINES	/ / *
▪ Mesalazina	/ / *
▪ Metotrexate	/ / *
▪ Sulfasalazina	/ / *
▪ Azatioprina	/ / *
▪ Ciclosporina	/ / *
▪ Relajantes musculares	/ / *
▪ Opioides	/ / *
▪ Antidepresivos	/ / *
▪ Ansiolíticos	/ / *

*0 = nunca 1 = historia pasada 2 = actual

DIG. ¿Cual es el diagnóstico final del paciente ? (puede elegir más de una opción)

- ☐ Lumbartrosis
- ☐ Discopatía
- ☐ Anomalía de la transición lumbosacra
- ☐ Osteítis condensante del iliaco
- ☐ Fibromialgia
- ☐ Lumbalgia inespecífica
- ☐ Escoliosis
- ☐ Artralgias mecánicas
- ☐ Artrosis
- ☐ Artritis microcristalina
- ☐ Artritis Reumatoide
- ☐ Otras (especificar):