



REGISPON-3

Cuaderno de Recogida de Datos (investigador)

Apellido del paciente
(3 primeras letras) / _ / _ / _ /

Nombre del paciente
(2 primeras letras) / _ / _ /

Centro / _ / _ / _ /

Número de paciente en REGISPON-3 / _ / _ / _ / _ / _ /

Número de paciente REGISPONSER I-II
(si disponible) / _ / _ / _ / _ / _ /



_____/_____/_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____/_____
Paciente

Criterios de Inclusión

- | | si | no |
|---|--------------------------|--------------------------|
| CI1: ¿Participó en REGISPONSER I – II? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CI2: ¿Paciente fallecido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

/ / / / /
Apellido/ / / / /
Nombre/ / / / /
Centro/ / / / /
Paciente

Enfermedad

¿Cuál es el diagnóstico que el paciente tiene en la última visita?

(por favor, marque una sola opción)

- Espondiloartritis axial radiográfica (espondilitis anquilosante)
- Espondiloartritis axial no radiográfica
- Espondiloartritis periférica
- Artritis psoriásica
- Artritis psoriásica axial
- Artritis reactiva
- Artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal
- Espondiloartritis juvenil
- Espondiloartritis indiferenciada


 / / / / /
 Apellido

 / / / / /
 Nombre

 / / / / /
 Centro

 / / / / /
 Paciente

Datos demográficos

DEM1: Fecha de la última visita

/ / / / / 20 / / / /

DEM2: Fecha de nacimiento

/ / / / / / / / / / / /

DEM3: Sexo

 masculino femenino

DEM8: Tabaquismo

- Nunca
- Alguna vez
- Desconocido

DEM9: Ingesta de alcohol

- Nunca/ocasionalmente
- Bebedor importante
- Desconocido


 / / / / /
 Apellido

 / / / / /
 Nombre

 / / / / /
 Centro

 / / / / /
 Paciente

ITEMS CRITERIOS AMOR/ESSG/ASAS/CASPAR

CRIT: Diagnóstico

Historia pasada o síntomas actuales de :

	Si	No	No disponible
▪ Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dolor lumbar ≥ 3 meses de duración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dolor lumbar con edad al inicio < 45 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sacroilitis en radiografía de pelvis (al menos grado II bilateral o grado III unilateral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Sacroilitis en RM (definición de ASAS)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Positividad de HLA - B27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dolor lumbar inflamatorio de acuerdo con la definición de ASAS**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Artritis pasada o presente compatible con Espondiloartritis (generalmente asimétrica y/o compromiso predominante de miembros inferiores) diagnosticada clínicamente por un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Dactilitis presente o pasada diagnosticada por un médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Entesitis en el talón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Uveítis anterior aguda confirmada por un oftalmólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Historia de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa diagnosticada por un médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Uretritis o cervicitis o diarrea en el mes previo al inicio de la artritis/entesitis/dactilitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Balanitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prostatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Signos de psoriasis actuales en examen físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Pustulosis palmoplantar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Acné conglobata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Distrofia ungueal psoriásica actual lo que incluye onicólisis, lesiones punteadas e hiperqueratosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Historia personal de psoriasis diagnosticada por un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Factor reumatoide positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ PCR por encima del límite normal en presencia de dolor lumbar tras excluir otras causas de la PCR elevada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxta-articular que aparece como osificación mal definida cerca de los márgenes de la articulación (pero excluyendo la formación de osteofitos) en las radiografías simples de mano o pie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Presencia en primer o segundo grado de parentesco de alguna de las siguientes:			
- 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"/>

**ASAS define dolor lumbar inflamatorio si se cumplen al menos 4 criterios: 1) edad al inicio < 40 años, 2) inicio gradual, 3) mejora con el ejercicio, 4) no mejora con el reposo, 5) dolor nocturno (con mejoría al levantarse por la mañana).

*Definición de sacroilitis por RM: Se requiere de la existencia de edema subcondral de médula ósea/osteítis. Cantidad mínima: 1 señal (lesión) en al menos dos cortes o más de 1 lesión en un solo corte.



____/____/____
Apellido

____/____/____
Nombre

____/____/____
Centro

____/____/____
Paciente

Laboratorio

LAB: Laboratorio

- **Anotar todas las pcr disponibles**

DEBE PODER INCLUIRSE HASTA 30 PCR

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

Fecha PCR |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_| : PCR |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL

- Indique el valor patológico de referencia en su laboratorio: |__|_|_| |__|_|_| mg/L mg/dL



____/____/____/____
Apellido

____/____/____/____
Nombre

____/____/____/____
Centro

____/____/____/____
Paciente

Evaluación de la Imagen

mSASSS. Daño estructural a nivel de la columna (última radiografía disponible)

Por favor, en la radiografía lateral de columna cervical y lumbar (la última disponible), marque la puntuación para cada una de las esquinas vertebrales según la figura:

0 normal
0 normal
1 erosion
1 sklerosis
1 squaring
2 syndesmophyte
2 syndesmophyte
3 complete bridging
3 complete bridging

	0	1	2	3
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
T1				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S				

Source: Creemers M C, Franssen M J, van 't Hof MA, Gribnau F W, van de Putte L B, van Riel P L. Ann Rheum Dis 2005;64:127-129)

Fecha de la radiografía ____/____/____/____/____/____/

SACR. Daño estructural a nivel de sacroilíacas

Por favor, en la radiografía AP de sacroilíacas (la última disponible), marque el grado de sacroilítis en cada una de las articulaciones:

Grado	Sacroilíaca derecha					Sacroilíaca izquierda				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Fecha de la radiografía ____/____/____/____/____/____/


 / / / / /
 Apellido

 / / / / /
 Nombre

 / / / / /
 Centro

 / / / / /
 Paciente

HIP. Daño estructural a nivel de caderas

Por favor, en la radiografía AP de caderas (la última disponible), marque el grado de afectación en cada una de las articulaciones:

	Cadera derecha	Cadera izquierda
0 = Normal		
1 = Sospechoso. Posible estrechamiento focal del espacio articular.		
2 = Mínimo. Estrechamiento definido, dejando un espacio articular circunferencial mayor de 2 mm.		
3 = Moderado. Estrechamiento pero con un espacio articular circunferencial MENOR de 2 mm o inclusión de un hueso sobre otro <2cm		
4 = Afectación severa. Deformidad ósea o inclusión de un hueso sobre otro >2cm o prótesis total de cadera		

Fecha de la radiografía / / / / / / / / / /

RMN. Inflamación a nivel de las articulaciones sacroilíacas en RMN

si no

¿Tiene RM de sacroilíacas (cualquier fecha)?:

Por favor, en la RNM de sacroilíacas, indique si el paciente cumple la definición ASAS de RMN positiva: al menos una lesión inflamatoria en STIR en dos cortes, o bien al menos dos lesiones inflamatorias en STIR en un corte.

si no

Definición ASAS para RMN-SI positiva:

Fecha de la RMN-SI / / / / / / / / / /


 / / / /
 Apellido

 / / / /
 Nombre

 / / / /
 Centro

 / / / /
 Paciente

FAL1: CAUSA DE MUERTE

Fecha de fallecimiento: / / / / / / / / / / / / / / / /
 Día mes año

Causa de fallecimiento:

	Especificar la causa de muerte
<input type="checkbox"/> Accidente (especifique)	
<input type="checkbox"/> Evento CV (especifique)	
<input type="checkbox"/> Cáncer (especifique)	
<input type="checkbox"/> Infección (especifique)	
<input type="checkbox"/> Patología respiratoria (especifique)	
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	



_____/_____/_____
Apellido

_____/_____/_____
Nombre

_____/_____/_____
Centro

_____/_____/_____/_____/_____/_____
Paciente

TTO: Historia y tratamientos

1. AINES

	Nombre	Promedio de dosis diaria	Fecha inicio	Fecha finalización
AINE 1mg.	____/____/____	____/____/____
AINE 2mg.	____/____/____	____/____/____
AINE 3mg.	____/____/____	____/____/____
AINE 4mg.	____/____/____	____/____/____
AINE 5mg.	____/____/____	____/____/____



____/____/____
Apellido

____/____/____
Nombre

____/____/____
Centro

____/____/____
Paciente

3. FAMES BIOLÓGICOS

	Nombre	Fecha inicio	Fecha finalización
bDMARD 1	____/____/____	____/____/____
bDMARD 2	____/____/____	____/____/____
bDMARD 3	____/____/____	____/____/____
bDMARD 4	____/____/____	____/____/____
bDMARD 5	____/____/____	____/____/____
bDMARD 6	____/____/____	____/____/____