



INFORMATIONS SUR LA PROCEDURE DIAGNOSTIC DU SYNDROME D'ELHERS DANLOS/ HYPERMOBILITY SPECTRUM DISORDER (SED/HSD) AU CENTRE ISM

Le centre ISM n'est pas un centre de référence au sens que seul les Centre Hospitalo-Universitaire peuvent l'être, et n'a pas pour vocation de substituer à eux. En revanche, certains de nos médecins connaissent bien cette pathologie, et nous procédons aux diagnostics du SED et de l'HSD en respectant les critères internationaux.

Nous nous efforçons au mieux d'accompagner les patients atteints de ses troubles pour les aider à mieux appréhender leurs situations et accroître leur qualité de vie face à la maladie et la douleur.

Le Centre ISM est une structure privée pratiquant les dépassements d'honoraires.

La procédure diagnostic SED/HSD au centre ISM est divisée en plusieurs étapes :

1. RÉCEPTION DE VOTRE DOSSIER

Avant de pouvoir prendre rendez-vous pour une procédure diagnostic, vous devrez au préalable nous faire parvenir par mail :

- L'ordonnance/ le courrier du médecin qui suspecte cette pathologie et vous adresse au centre ISM.
- Le questionnaire ci-dessous remplis, vos réponses ne conditionnent pas votre rendez-vous au centre, les éléments du questionnaire seront rediscutés en consultation.

Ces 2 documents sont à adresser dans un même mail avec pour objet « diagnostic SED » à l'adresse suivante :

contact@centre-ism.fr

Un email de confirmation de réception vous sera ensuite adressé vous confirmant l'enregistrement de votre demande sur la liste d'attente. Par la suite une assistante prendra contact avec vous pour programmer la première évaluation médicale.



2. PREMIÈRE ÉVALUATION MÉDICALE

Cette étape correspond à une première consultation médicale diagnostic d'environ 40 minutes et ayant pour objectif de vérifier si vos symptômes concordent avec ceux des pathologies ciblées conformément au référentiel de New York.

A l'issue de cette consultation et si vos symptômes correspondent aux critères officiels le médecin pourra être amené à vous prescrire des examens adaptés en fonction de votre profil médical.

Les patients viennent souvent avec tout leur dossier médical : cela n'est pas nécessaire.

Parmi les documents qui peuvent nous intéresser :

- *Les comptes-rendus d'hospitalisation, lorsque des pathologies ont été recherchées pour expliquer vos symptômes.*
- *Les comptes-rendus de consultation de spécialiste que vous auriez rencontrés pour expliquer les symptômes en rapport avec cette pathologie :*
 - *Cardiologue : palpitation, tension basse, malaise*
 - *Pneumologue : essoufflement/ asthme*
 - *Rhumatologue / médecine interne / généraliste : douleur, fatigue, malaise*
 - *Médecin de la douleur : douleur*
 - *Médecin physique et réadaptation : trouble proprioceptif*
 - *Psychiatre : TDAH/ TSA*
 - *Orthopédiste : luxation, scoliose*
 - *Neurologue : déficit moteur, trouble neuro fonctionnel*
- *Compte rendu :*
 - *D'échographie cardiaque,*
 - *D'échographie doppler des vaisseaux (artère ou veineux),*
 - *D'IRM cérébrale,*
 - *D'holter ECG,*
 - *D'exploration fonctionnel respiratoire(asthme),*
 - *Polygraphie respiratoire nocturne (apnée du sommeil),*
 - *Test neurocognitif ou psychologique*
- *Prise de sang du rhumatologue ou de médecine interne*

3. EXAMENS

Ces examens peuvent être effectués où vous le souhaitez et par n'importe quel médecin compétent dans ces pathologies.

4. CONSULTATION DE SYNTHÈSE DIAGNOSTIC

Cette consultation médicale est la dernière étape, c'est à l'issue de celle-ci qu'un éventuel diagnostic sera posé et que des traitements adaptés seront proposés.



BILAN MEDICAL SYNDROME D'EHLERS-DANLOS / HSD

Merci de répondre à ce questionnaire de préférence sur un ordinateur pour préserver au mieux sa lisibilité.

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Sexe: M F

Poids: kg Taille: cm Latéralisation: Droite Gauche

Lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Profession :

Quel médecin vous a orienté :

Quel est sa spécialité :



TOUTE CASE NON COCHÉE SERA CONSIDÉRÉE COMME UN NON

Pour quel principal motif consultez-vous :

Fatigue Douleurs Scolioses Troubles proprioceptifs Laxité Autre :

DURANT L'ENFANCE (DE 0 A 14 ANS) : il s'agit de déterminer si vous aviez déjà des symptômes dans l'enfance

1. Vous a-t-on rapporté dans la très petite enfance :
 - a. avoir fait un prolapsus (« descente d'organe ») Prolapsus rectal Prolapsus vaginale Non
 - b. avoir fait une luxation congénitale de hanche Hanche gauche Hanche droite Non
2. Avez-vous fait fréquemment (plus de 3 par an pendant plusieurs années)
 - des otites ? Oui Non
 - des angines / des sinusites ? Oui Non
 - des bronchites ? Oui Non
3. Avez-vous fait dans l'enfance :
 - des crises d'asthme ? Asthme vrai Asthme d'effort Asthme allergique Non
 - vous tordre des articulations, plus de 3 fois par an plusieurs années ?
 - Cheville, sur sol plat Oui Non
 - Genoux Oui Non
 - Doigts Oui Non
 - Poignets Oui Non
4. Vous faisiez-vous régulièrement :
 - des ecchymoses (bleus), sans en identifier la cause ? Oui Non
 - des saignements de nez ? Oui Non
 - des maux de tête ? Oui Non
5. Aviez-vous des crises très fortes de mal de ventre fréquentes ? Oui Non
6. Étiez-vous régulièrement constipé(e) (moins d'une selle sur 3 jours) ? Oui Non
7. Étiez-vous essoufflé(e) à l'effort (à la montée des escaliers en particulier) ? Oui Non
8. Étiez-vous souvent fatigué(e) ? Oui Non
9. Étiez-vous maladroit(e) (heurter les encadrements des portes, les coins de table, Laisser tomber les objets, trébucher, tomber.) ? Oui Non
10. Faisiez-vous régulièrement des chutes sur sol plat (plus de 5/ an) Oui Non
11. Aviez-vous eu des difficultés scolaires ? mémoire concentration Non
12. Aviez-vous froid aux extrémités ? pied mains nez oreille Non
13. Aviez-vous des douleurs diffuses et multiples, mal ou pas expliquées ? Oui Non
 - a. Localisations principales
14. Étiez-vous très souple pied derrière la tête grand écart facial prière dans le dos Non
15. Avez-vous eu des vergetures importantes, avant la puberté, en absence de prise de poids importantes Oui Non

ANTECEDENTS

1. Les symptômes se sont-ils accentués au début de la puberté ? Oui Non
 - a. Age de début de puberté ans
 - b. Sinon à quel âge, ont-ils commencé à s'accroître ? Ans
2. Avez-vous eu un ou des traumatismes physiques ou psychologiques importants (chutes, accidents de sport, de voie publique, agression physique ou sexuelle, harcèlement, décès entourage ...) ? (NB : réponses facultatives)
 - À quel(s) âge(s) ? ans . Accentuation Oui Non type de traumatisme :
 - À quel(s) âge(s) ? ans . Accentuation Oui Non type de traumatisme :
 - À quel(s) âge(s) ? ans . Accentuation Oui Non type de traumatisme :
 - À quel(s) âge(s) ? ans . Accentuation Oui Non type de traumatisme :
3. Avez-vous été opéré ? De quoi ? A quel âge ? accentuation des symptômes :
 - Intervention : à ans . Accentuation Oui Non
 - Intervention : à ans . Accentuation Oui Non
 - Intervention : à ans . Accentuation Oui Non
 - Intervention : à ans . Accentuation Oui Non
4. Donnez les diagnostics déjà posés (fibromyalgie...)
5. Avez-vous d'autres antécédents médicaux ? Oui Non
 - Endocrinologique :
 - Neurologique :
 - ORL :
 - Ophtalmo :
 - Gastro :



- Cardio :
- Pulmonaire :
- Gynécologie :
- Urologie :
- Psychiatrique :
- Ostéo-articulaire : entorses tendinites luxations

6. Antécédents particuliers :

- a. Uvéite : kératite Oui , année Non
- b. Sigmoidite Oui , année Non
- c. Paralysie des membres Oui , année Non
- d. Hernie abdominale (inguinal ombilical) Oui , année Non

7. Y-a-t-il d'autres personnes dans votre famille qui ont des douleurs diffuses ou de la fatigue inexplicquée ? Oui Non
Si oui, qui ?

8. Autres informations que vous souhaitez fournir :

DONNEES ACTUELLES

1. Douleurs

- 1.1 Avez-vous des douleurs diffuses ou multiples Oui Non
Précisez les principales localisations
- 1.2 Avez-vous des crises douloureuses et à quelle fréquence ? : Hebdomadaire Mensuel Annuel Non
Combien de temps durent les crises ?
- 1.3 Avez-vous des maux de têtes ? Oui Non
- 1.4 Facteurs déclenchant les douleurs :
- Facteurs atténuant les douleurs

2. Fatigue

- 2.1 Êtes-vous fatigué(e) ? A quelle fréquence ? Mensuelle Hebdomadaire Quotidienne Non
- 2.2 Cette fatigue fluctue-t-elle ? D'un jour à l'autre Dans la journée Non
- 2.3 Facteur déclenchant : Alimentation Activité physique Autre :

Echelle de somnolence D'EPWORTH

Consigne de passation :

Afin de pouvoir mesurer chez vous une éventuelle somnolence dans la journée, voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Pour répondre, utilisez l'échelle suivante en cochant la case correspondant au chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
	0	1	2	3
Assis en train de lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En train de regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt pendant une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Étant assis en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total
(Cadre réservé au médecin)

3. Mobilité - Contrôle des mouvements

- 3.1 Avez-vous des sensations de vertige (les objets ou la pièce tourne autour de vous, comme si vous aviez tourné sur vous-même), Oui Non
- 3.2 Avez-vous des mouvements brusques involontaires, des secousses ? Oui Non
- 3.3 Avez-vous des tremblements ? Oui Non
- 3.4 Avez-vous des tressautements musculaires (visage, cuisses, paupières...) ?
 Annuel Mensuel Hebdomadaire Quotidien Non
- 3.5 Vous tordez-vous souvent les chevilles, les doigts, les genoux ? Oui Non
 Si oui précisez où.....
- 3.6 Avez-vous des craquements articulaires diffus (dizaine d'articulation) ? Oui Non
- 3.7 Avez-vous des blocages articulaires ? Oui Non
 Si oui précisez où.....
- 3.8 Avez-vous des déboîtements articulaires ou instabilités ? Oui Non
 Si oui précisez où.....
- 3.9 Êtes-vous maladroit(e) (heurter l'encoignure Ou accrocher les poignées des portes, les coins de meubles, lâcher les objets) ?
 Quotidien Hebdomadaire Mensuel Annuel Non
- 3.10 Vos articulations sont-elles très mobiles (retournement du petit doigt, Hyperextension des coudes et des genoux, mobilité excessive des épaules...) ? Oui Non
 Si oui précisez
- 3.11 Faites-vous des chutes ? hebdomadaire mensuel annuel Non

4. Sommeil

- 4.1 Avez-vous des difficultés à vous endormir ? Oui Non
- 4.2 Vous réveillez-vous souvent dans la nuit ? Oui Non
 En lien avec : les douleurs les bruits l'anxiété
- 4.3 Êtes-vous agité(e) pendant votre sommeil ? Oui Non
- 4.4 Êtes-vous fatigué(e) au réveil ? Oui Non
- 4.5 Vous réveillez-vous pour uriner, au moins 2 fois par nuit Oui Non
- 4.6 Ressentez-vous le besoin irrésistible de bouger les jambes le soir avant de vous endormir Oui Non

5. La peau

- 5.1 Est-elle fine, transparente (on voit bien les veines à travers elle) ? Oui Non
- 5.2 Est-elle douce au touché « peau de bébé », (veloutée) ? Oui Non
- 5.3 Est-elle fragile (facilement écorchée, cicatrisant mal) ? Oui Non
- 5.4 Avez-vous eu des vergetures avant la puberté et avant toute prise de poids importante Oui Non
- 5.5 sur plusieurs régions hanche cuisse sein ventre bras cou
- 5.6 coupez-vous les étiquettes de vos vêtements systématiquement rarement Non
- 5.7 peau étirable au cou ou visage Oui Non
- 5.8 Avez-vous les jambes qui ont gonflé (œdème des membres inférieurs) Oui Non
- 5.9 Avez-vous des zones cutanées qui sont douloureuses au toucher Oui Non
- 5.9 Avez-vous des zones cutanées où vous sentez peu, ou pas le contact Oui Non

6. Les saignements

- 6.1 Avez-vous des ecchymoses (« bleus « marques ») facilement, régulièrement sans en identifier la cause ? Quelle fréquence ?
 annuelle mensuelle hebdomadaire quotidienne Non
- 6.2 Avez-vous des saignements de nez abondants ? Annuelle mensuelle hebdomadaire quotidienne Non
- 6.3 Saignez-vous des gencives lors du brossage des dents ? Mensuelle hebdomadaire quotidienne Non
- 6.2 Les règles sont-elles abondantes ? Oui Non
- 6.3 Les plaies saignent-elles beaucoup et longtemps ? Oui Non
- 6.4 Les veines sont-elles fragiles lors des prises de sang avec constitution d'ecchymoses Importantes ? Signe de Miget ? Systématiquement Parfois Non

7. Réactions du système végétatif (dysautonomie)

- 7.1 Avez-vous des difficultés à réguler votre température (souvent trop chaud ou trop froid) ? Oui Non
- 7.2 Avez-vous les pieds (les mains, le nez, les oreilles) froids ? Oui Non
- 7.3 Les doigts changent ils parfois de couleur ? Bleu Blanc Rouge autres Non



- 7.4 Avez-vous déjà eu des engelures ? Oui Non
- 7.5 Vous trouvez que vous transpirez abondamment très peu Normalement
- 7.6 Fréquences des sudations nocturnes importantes ?
 annuelle mensuelle hebdomadaire Quotidienne jamais
- 7.7 Avez-vous des poussées de température, même en l'absence d'infection ? Oui Non
Si oui précisez
- 7.8 Avez-vous des bouffées de chaleur ? Annuelle Mensuelle hebdomadaire Quotidienne jamais
- 7.9 Ressentez-vous parfois votre cœur battre rapidement au repos (palpitations) ?
 annuelle mensuelle hebdomadaire Quotidienne jamais
- 7.10 Avez-vous une tension artérielle basse ? Oui Non
- 7.11 Avez-vous des étourdissements : lorsque je me lève allongé debout longtemps après repas non
A quelle fréquence ? Annuelle Mensuelle hebdomadaire Quotidienne jamais
A partir de quel étage d'escalier êtes-vous essoufflé ?
- 7.12 Avez-vous fréquemment la bouche sèche ? Oui Non
- 7.13 Avez-vous fréquemment les yeux secs ? Oui Non

8. Tube digestif, abdomen

- 8.1 Avez-vous des douleurs abdominales fréquemment ?
 annuelle mensuelle hebdomadaire Quotidienne jamais
- 8.2 Vous arrive-t-il fréquemment d'être constipé (<1 selle en 3 jours) Oui Non
- 8.3 Vous arrive-t-il fréquemment d'avoir la diarrhée (>3 selles par jour) Oui Non
- 8.4 Êtes-vous fréquemment ballonné(e) (gonflement important du ventre) ? Oui Non
- 8.5 Vous arrive-t-il fréquemment d'avaler de travers (fausse route) ? Oui Non
- 8.6 Avez-vous des remontées (reflux) acides depuis l'estomac, fréquemment ? Oui Non
- 8.7 Avez-vous une ou des hernies abdominales au niveau du ventre inguinale ombilicale Non

9. La bouche et les dents

- 9.1 Avez-vous des douleurs au niveau des mâchoires ? Oui Non
- 9.2 Avez-vous des blocages ou des déboitements des mâchoires ? déboitement blocage Non
- 9.3 Vos gencives sont-elles douloureuses ? Oui Non
- 9.4 Vos dents se cassent-elles (au moins 2) ? Oui Non
- 9.5 Vos dents bougent-elles ou se déchaussent-elles ? Oui Non
- 9.6 Vos dents ont-elles poussé de façon désordonnée ? Oui Non

10. Vessie-Périnée

- 10.1 Vous arrive-t-il fréquemment de ne pas aller uriner sur une journée ? Oui Non
- 10.2 Au contraire, allez-vous fréquemment uriner (plus de 6 fois par jour) ? Oui Non
- 10.3 Avez-vous des envies pressantes d'uriner, Oui Non
- 10.4 Avez-vous des fuites urinaires ? Oui Non
- 10.5 Avez-vous une « descente d'organes » (prolapsus) ? Oui Non
- 10.6 Avez-vous fait des infections urinaires répétées (> 3 / an) ? Oui Non

11. Audition-Phonation-Olfaction

- 11.1 Êtes-vous gêné(e) par les ambiances bruyantes (repas de famille, lieux publics)? Oui Non
- 11.2 Entendez-vous des « petits bruits » ou des sons que d'autres n'entendent pas (sifflement appareils électroménagers, voisinage) ? Oui Non
- 11.3 Avez-vous des assourdissements (voix faible, extinction) de la voix ? Oui Non
- 11.4 Entendez-vous des sifflements spontanés à l'intérieur de vos oreilles (acouphènes) ? Oui Non
- 11.5 Sentez-vous avant tout le monde certaines odeurs (bonnes ou mauvaises) ? Oui Non
- 11.6 Êtes-vous sensible aux mauvaises odeurs ? Oui Non
- 11.7 Combien de temps restez-vous en parfumerie avant d'avoir mal à la tête ou nausée ? minutes

12. Vision

- 12.1 Êtes-vous myope ? Oui Non
- 12.2 Êtes-vous astigmaté ? Oui Non
- 12.3 Avez-vous une fatigabilité visuelle (lecture, écran) même avec vos lunettes ? Oui Non
- 12.4 Voyez-vous double parfois ? Oui Non
- 12.5 Êtes-vous gêné(e) par la lumière ? Oui Non

13. Respiration, poumons, bronches

- 13.1 Faites-vous, ou avez-vous fait des bronchites, régulièrement (>2/ an) ? Oui Non
- 13.2 Avez-vous des crises de « blocage » respiratoire ? au repos à l'effort Non



14. Vie génitale, vie sexuelle, grossesses, accouchements

- 14.1 Constatez-vous que vos symptômes sont en relation avec vos cycles menstruels Oui Non
14.2 Avez-vous des difficultés de sensations, lors des relations sexuelles ? Oui Non
14.3 Avez-vous fait des fausses couches ? Si oui combien ? Oui Non
14.4 Les symptômes ont-ils diminué lors des grossesses ? Oui Non
14.5 Les accouchements ont-ils été difficiles ? Oui Non

15. Fonctions cognitives et d'apprentissage, émotivité

- 15.1 Avez-vous des troubles de la mémoire ? Oui Non
15.2 Avez-vous des troubles de l'attention ? « Signe du coq à l'âne Oui Non
15.3 Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? Oui Non
15.4 Avez-vous un bon sens de l'orientation ? Oui Non
15.5 Vous considérez vous très émotif(ve)? (on peut être émotif et l'intérioriser) Oui Non

16. Syndrome d'Activation Mastocytaire (SAMA)

- 16.1 Vous arrive-t-il d'avoir des plaques rouges en relief, qui grattent, (comme piqure d'ortie ou d'insecte) Oui Non
16.2 Avez-vous des accès de rougeurs sur la peau (flush) notamment après la douche Oui Non
16.3 Prurit (démangeaisons) Oui Non

17. Etat psychologique

UNIQUEMENT POUR LES PATIENTS DE PLUS DE 16 ANS

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez la case qui décrit le mieux votre état (merci de cocher 1 seule case)

- 0 Je ne me sens pas triste.
 1 Je me sens triste.
 2 Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
 3 Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.
- 0 Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.
 1 Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.
 2 Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.
 3 L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
 1 Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
 2 Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
 3 Je suis un(e) raté(e).
- 0 Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
 1 Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
 2 Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
 3 Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 Je me sens coupable une grande partie du temps.
 2 Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
 3 Je me sens constamment coupable.
- 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 1 J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
 2 Je m'attends à être puni(e).
 3 Je sens parfaitement que je suis puni(e).
- 0 Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 1 Je suis déçu(e) de moi-même.
 2 Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 3 Je me hais.
- 0 Je ne crois pas être pire que les autres.



- 1 Je critique mes propres faiblesses et défauts.
 2 Je me blâme constamment de mes défauts.
 3 Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
- 0 Je ne pense jamais à me tuer.
 1 Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
 2 J'aimerais me tuer.
 3 Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
- 0 Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 1 Je pleure plus qu'autrefois.
 2 Je pleure constamment.
 3 Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
- 0 Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
 1 Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
 2 Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
 3 Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
- 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
 1 Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
 2 J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
 3 Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 0 Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
 1 Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
 2 J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
 3 Je suis incapable de prendre des décisions.
- 0 Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
 1 Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
 2 Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
 3 Je crois que je suis laid(e).
- 0 Je travaille aussi bien qu'autrefois.
 1 J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
 2 Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
 3 Je suis absolument incapable de travailler.
- 0 Je dors aussi bien que d'habitude.
 1 Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
 2 Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
 3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0 Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 1 Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
 2 Un rien me fatigue.
 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0 Mon appétit n'a pas changé.
 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 2 Mon appétit a beaucoup diminué.
 3 Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0 Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
 1 J'ai maigri de plus de 2.2 kg
 2 J'ai maigri de plus de 4.5 kg
 3 J'ai maigri de plus de 6.8 kg
- 0 Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
 1 Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.
 2 Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
 3 Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.



- 0 Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
- 1 Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
- 2 Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

1 - 10: Normal
11 - 16: Bénins
17 - 20: Limite
21 - 30: Oui
31 - 40: Oui important
Plus de 40: Oui extrême

(Cadre réservé au médecin)

1. Liste des médicaments

-
-
-
-
-
-
-
-
-

2. Liste des intolérances médicamenteuses

-
-
-
-
-
-
-
-
-

ANNEXE : QUELQUES SIGNES SIMPLES, TRES SIGNIFICATIFS

- **Signe de la porte:** Heurter les encadrements ou accrocher les poignées de porte.
- **Signe de la portière ou du caddy :** Recevoir une décharge électrique en ouvrant la portière d'une voiture ou en poussant un caddy = minceur de la peau qui est très conductrice.
- **Signe de la chaussette ou de la bouillotte :** Mettre des chaussettes la nuit pour dormir = dysautonomie avec pieds froids = dysautonomie avec sensation de pieds froids.
- **Signe de l'escalier :** Essoufflement par mauvais contrôle respiratoire : rôle des mécanorécepteurs des membres inférieurs qui n'envoient pas de bons signaux aux centres respiratoires lors de l'augmentation d'activité nécessitant un supplément d'oxygène.
- **Signe de Miget :** Ecchymose importante au pli du coude lors d'une prise de sang ; décrit dans la thèse d'Alexandre Miget (Paris 1933) dans laquelle il a, pour la première fois, associé Ehlers et Danlos pour dénommer cette maladie.
- **Signe de Gorlin :** Possibilité de toucher le bout de son nez avec l'extrémité de la langue, indiquant l'absence ou l'étirabilité du frein de la langue.
- **Signe du brouhaha :** Difficulté à entendre ce que dit un interlocuteur lorsque plusieurs personnes parlent à côté ou dans un environnement bruyant.
- **Signe du coq à l'âne :** Passer facilement d'un sujet à un autre.