

DERMATOLOGIE – INDICE DE QUALITÉ DE VIE

DLQI

Réf. Hôpital :

Date :

Résultat :

Nom :

Diagnostic :

Adresse :

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'impact de vos problèmes de peau sur votre vie quotidienne AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre réponse.

1.	Au cours des sept derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé ou piqué ou bien avez-vous ressenti des irritations ou de la douleur ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il été la cause d'un certain embarras ou d'un manque d'assurance ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau vous a-t-il gêné pour faire vos courses ou vous occuper de votre domicile ou de votre jardin ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
4.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il influencé le choix de vos vêtements ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
5.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il eu un impact sur vos activités sociales ou de loisirs ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
6.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il rendu difficile la pratique d'un sport ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
7.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau vous a-t-il empêché de travailler ou d' étudier ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
	Si vous avez répondu par « Non » : au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il été un problème au travail ou dans vos études ?	Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il été à l'origine de difficultés avec votre compagnon (compagne) , vos amis proches ou les membres de votre famille ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
9.	Au cours des sept derniers jours, l'état de votre peau a-t-il engendré des difficultés d'ordre sexuel ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
10.	Au cours des sept derniers jours, votre traitement pour la peau a-t-il causé des problèmes? Par exemple, a-t-il eu un impact sur l'ordre ou la propreté de la maison ? Ou bien, le traitement prend-il trop de temps ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>

Veuillez vérifier que vous avez bien répondu à TOUTES les questions. Merci.