

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE - DERMATOLOGIE

Réf. Hôpital :
Nom :
Adresse :

Date :
Diagnostic :

DLQI
Score :

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez cocher une case par question.

- | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses , vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 7. | Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il empêché(e) de travailler ou d' étudier ? | Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| | Si la réponse est « non » : au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ? | | |
| 8. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre partenaire , vos amis proches ou votre famille ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours des 7 derniers jours, dans quelle mesure le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple parce qu'il prenait trop de votre temps ou qu'il salissait votre maison ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |

Veuillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci.

©AY Finlay, GK Khan, avril 1992 www.dermatology.org.uk, toute reproduction de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.

Français pour la Suisse