

# QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE EN DERMATOLOGIE (DLQI)

DLQI

Hôpital n° :

Date :

Nom :

Score:

Adresse :

Diagnostic :

**Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE. Veuillez cocher  une case par question.**

- |   |                                     |                                   |  |   |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| 1. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau vous a-t-elle <b>démangé(e), causé de la douleur, des picotements</b> ou <b>fait souffrir</b> ?   | Enormément <input type="checkbox"/> | Beaucoup <input type="checkbox"/> | Un peu <input type="checkbox"/>          | Pas du tout <input type="checkbox"/>  |
| 2. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) <b>embarrassé (e)</b> ou <b>gêné(e)</b> par votre peau?  | Enormément <input type="checkbox"/> | Beaucoup <input type="checkbox"/> | Un peu <input type="checkbox"/>          | Pas du tout <input type="checkbox"/>  |
| 3. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau vous a-t-elle gêné(e) pour <b>faire des courses</b> , vous occuper de votre <b>maison</b> ou pour <b>jardiner</b> ?                           | Enormément <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 de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau vous a-t-elle influencé(e) dans le <b>choix des vêtements</b> que vous portiez?   | Enormément <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 de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau a-t-elle affecté vos <b>activités sociales</b> ou vos <b>loisirs</b> ?  | Enormément <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 de la semaine dernière, dans quelle mesure avez-vous eu du mal à faire du <b>sport</b> à cause de votre peau?   | Enormément <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 de la semaine dernière, votre peau vous a-t-elle empêché(e) de <b>travailler</b> ou d' <b>étudier</b> ?   | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/>      | Non concerné(e) <input type="checkbox"/> |   |
| Si la réponse est « non », dans quelle mesure votre peau vous a-t-elle gêné(e) dans votre <b>travail</b> ou dans vos <b>études</b> au cours de la semaine dernière?   | Beaucoup <input type="checkbox"/>   | Un peu <input type="checkbox"/>   | Pas du tout <input type="checkbox"/>     |   |
| 8. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau a-t-elle rendu difficiles vos relations avec votre <b>partenaire</b> , vos <b>amis proches</b> ou votre <b>famille</b> ?                      | Enormément <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 de la semaine dernière, dans quelle mesure votre peau a-t-elle rendu votre <b>vie sexuelle difficile</b> ?  | Enormément <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 de la semaine dernière, dans quelle mesure le <b>traitement</b> que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison? | Enormément <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.**