

## QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE – DERMATOLOGIE

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

- |     |  |   |  |                |                          |
|-----|--|---|--|----------------|--------------------------|
| 1.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle été douloureuse, vous a-t-elle fait mal, démangé(e), ou <b>brûlé(e)</b> ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                |                          |
| 2.  | Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) <b>gêné(e)</b> ou <b>complexé(e)</b> par votre peau ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                |                          |
| 3.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle limité(e) pour <b>faire vos courses</b> , vous occuper de votre <b>maison</b> ou pour <b>jardiner</b> ?  | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle influencé(e) dans le <b>choix des vêtements</b> que vous portiez ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle affecté vos <b>activités sociales</b> ou vos <b>loisirs</b> ?   | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu de la difficulté à faire du <b>sport</b> à cause de votre peau?  | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle empêché(e) de <b>travailler</b> ou d' <b>étudier</b> ?   | Oui<br>Non                                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
|     | Si la réponse est "non" : au cours de la dernière semaine, jusqu'à quel point votre peau a-t-elle été un problème au <b>travail</b> ou dans vos <b>études</b> ?  | Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout               | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |                |                          |
| 8.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau a-t-elle rendu difficiles vos relations avec votre <b>conjoint(e)</b> , vos <b>amis(es) proches</b> ou votre <b>famille</b> ?                                    | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-t-elle causé <b>des difficultés sur le plan sexuel</b> ?  | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours de la dernière semaine, comment évaluez-vous les problèmes reliés au <b>traitement</b> que vous utilisez pour votre peau, par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ? | Enormément<br>Beaucoup<br>Un peu<br>Pas du tout | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Non applicable | <input type="checkbox"/> |

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