

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

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