

QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE - DERMATOLOGIE

DLQI

N° du centre :

Date :

Nom :

Score :

Adresse :

Diagnostic :

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, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ? | Enormément <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, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ? | Enormément <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, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses , vous occuper de votre maison ou pour jardiner ? | 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 des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements 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 des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ? | 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 des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de 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 des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d' étudier ?
Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ? | 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"/> |
| 8. Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e) , vos amis proches ou votre famille ? | 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 des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ? | 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 des 7 derniers jours, le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il posé 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.

©AY Finlay, GK Khan, April 1992 www.dermatology.org.uk. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.

French (Switzerland) DLQI