

DLQI Score Fr

1.	Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
2.	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
5.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
6.	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
7.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d' étudier ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
	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 ?	Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
9.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau	Énormément Beaucoup	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	

Date : / /

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : / /

SCORE DLQI**..... / 30**

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) ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
2.	Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
5.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
6.	Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
7.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d' étudier ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
	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 ?	Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
9.	Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
10.	Au cours des 7 derniers jours, le traitement 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 ?	Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0

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