

# DLQI Score Fr

1.	Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle <b>démangé(e), fait souffrir</b> ou <b>brûlé(e)</b> ?	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 <b>gêné(e)</b> ou <b>complexé(e)</b> 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 <b>faire des courses</b> , vous occuper de votre <b>maison</b> ou pour <b>jardiner</b> ?	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 <b>choix des vêtements</b> 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 <b>activités avec les autres</b> ou vos <b>loisirs</b> ?	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 <b>sport</b> 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 <b>travailler</b> ou d' <b>étudier</b> ?	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 <b>travail</b> ou dans vos <b>études</b> ?	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 <b>conjoint(e)</b> , vos <b>amis proches</b> ou votre <b>famille</b> ?	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 <b>démangé(e), fait souffrir</b> ou <b>brûlé(e)</b> ?	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 <b>gêné(e)</b> ou <b>complexé(e)</b> 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 <b>faire des courses</b> , vous occuper de votre <b>maison</b> ou pour <b>jardiner</b> ?	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 <b>choix des vêtements</b> 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 <b>activités avec les autres</b> ou vos <b>loisirs</b> ?	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 <b>sport</b> 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 <b>travailler</b> ou d' <b>étudier</b> ?	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 <b>travail</b> ou dans vos <b>études</b> ?	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 <b>conjoint(e)</b> , vos <b>amis proches</b> ou votre <b>famille</b> ?	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 <b>vie sexuelle difficile</b> ?	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 <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 ?	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.**