

QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE - DERMATOLOGIE

DLQI

Réf. Hôpital :

Date :

Score:

Nom :

Diagnostic :

Adresse :

Ce questionnaire a pour but de mesurer à quel point votre problème de peau a affecté votre vie **AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS**. Veuillez cocher ☒ une case pour chaque question.

1.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre peau vous a-t-elle démangé(e), était irritée, douloureuse ou vous a causé(e) une sensation de brûlure ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point vous êtes-vous senti(e) embarrassé(e) ou complexé(e) à cause de votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des 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"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
4.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre problème de peau vous a-t-il 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"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
5.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre problème de peau a-t-il affecté votre vie sociale ou vos loisirs ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
6.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <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 ?	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
	Si la réponse est "Non" : au cours des 7 derniers jours, à quel point 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre partenaire , vos amis proches ou votre famille ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
9.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>
10.	Au cours des 7 derniers jours, à quel point 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 ?	Enormément Beaucoup Un peu Pas du tout	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ne me concerne pas <input type="checkbox"/>

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

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, avril 1992. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.