

INDICE DERMATOLOGIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE - QUESTIONNAIRE POUR ENFANTS

Hôpital N°

Nom :

Diagnostic :

Score


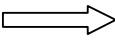
Âge :

CDLQI :

Adresse :

Date :

Ce questionnaire a pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau AU COURS DE LA SEMAINE DERNIÈRE. Coche ✓ une case pour chaque question.

- | | | | |
|-----|---|---|---|
| 1. | Au cours de la semaine dernière, ta peau t'a-t-elle démangé(e) , « gratté(e) », a-t-elle été irritée ou douloureuse ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours de la semaine dernière, as-tu été gêné(e) ou mal à l'aise , contrarié(e) ou triste à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours de la semaine dernière, tes problèmes de peau ont-ils eu une influence sur tes relations avec tes amis/amies ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours de la semaine dernière, as-tu dû te changer ou porter des chaussures ou des vêtements différents ou spéciaux à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Au cours de la semaine dernière, tes problèmes de peau ont-ils eu une influence sur tes sorties , tes jeux , ou sur tes loisirs ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours de la semaine dernière, as-tu évité d'aller nager ou de faire d' autres sports à cause de tes problèmes de peau ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <u>La semaine dernière,</u>
avais-tu
école ?
 | Si tu avais école : au cours de la semaine dernière, tes problèmes de peau ont-ils eu une influence sur ton travail scolaire ? | Ils m'ont empêché(e) d'aller à l'école <input type="checkbox"/> |
| | OU | | Énormément <input type="checkbox"/> |
| | étais-tu en
vacances ?
 | Si tu étais en vacances : au cours de la semaine dernière, tes problèmes de peau t'ont-ils empêché(e) de profiter de tes vacances ? | Beaucoup <input type="checkbox"/> |
| | | | Seulement un peu <input type="checkbox"/> |
| | | | Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 8. | Au cours de la semaine dernière, as-tu eu des ennuis avec les autres à cause de tes problèmes de peau : t'ont-ils traité(e) de drôles de noms , se sont-ils moqués de toi , t'ont-ils embêté(e) , posé des questions ou t'ont-ils évité(e) ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours de la semaine dernière, tes problèmes de peau t'ont-ils empêché(e) de dormir ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours de la semaine dernière, le traitement pour soigner ta peau t'a-t-il posé des problèmes ? | Énormément | <input type="checkbox"/> |
| | | Beaucoup | <input type="checkbox"/> |
| | | Seulement un peu | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout | <input type="checkbox"/> |

Vérifie que tu as bien répondu à TOUTES les questions. Merci.