

# INDICE DERMATOLOGIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE - QUESTIONNAIRE POUR ENFANTS

Hôpital N°

Nom :

Âge :

Adresse :

Diagnostic :

Date :

SCORE

CDLQI :

**Ces questions ont pour but de mesurer à quel point tu as été gêné(e) par tes problèmes de peau AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Coche une case pour chaque question.**

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| 1.  | Au cours des 7 derniers jours, ta peau t'a-t-elle <b>démangé</b> , « <b>gratté</b> », <b>a-t-elle été irritée</b> ou <b>douloureuse</b> ?   | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Au cours des 7 derniers jours, as-tu été <b>gêné(e)</b> ou <b>mal à l'aise, troublé(e)</b> ou <b>triste</b> à cause de tes problèmes de peau ?  | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur tes <b>relations avec tes copains/copines</b> ?   | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Au cours des 7 derniers jours, as-tu dû te changer ou porter <b>des chaussures</b> ou <b>des vêtements différents</b> ou <b>spéciaux</b> à cause de tes problèmes de peau ?   | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur tes <b>sorties, tes jeux</b> , ou <b>tes activités extérieures à l'école</b> ?  | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Au cours des 7 derniers jours, as-tu évité <b>d'aller nager</b> ou <b>de faire du sport</b> à cause de tes problèmes de peau ?  | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 7.  | <u>Au cours des 7 derniers jours,</u><br>avais-tu <b>école</b> ? <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> </div>   | Si tu avais <b>école</b> : au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur ton <b>travail scolaire</b> ?                        |
|     | OU  |   |
|     | étais-tu <b>en vacances</b> ? <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> </div>  | Si tu étais <b>en vacances</b> : au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau t'ont-ils empêché(e) de passer de bonnes <b>vacances</b> ?              |
| 8.  | Au cours des 7 derniers jours, as-tu eu des ennuis avec les autres à cause de tes problèmes de peau : t'ont-ils <b>traité(e) de drôles de noms, se sont-ils moqués, t'ont-ils embêté(e), posé des questions</b> ou <b>évitée(e)</b> ? | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau t'ont-ils posé des problèmes pour <b>dormir</b> ?  | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours des 7 derniers jours, ton <b>traitement</b> pour la peau t'a-t-il posé des problèmes ?   | Énormément <input type="checkbox"/><br>Beaucoup <input type="checkbox"/><br>Seulement un peu <input type="checkbox"/><br>Pas du tout <input type="checkbox"/> |

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