

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 démangé , « gratté », 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 des 7 derniers jours, as-tu été gêné(e) ou mal à l'aise, troublé(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 des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur tes relations avec tes copains/copines ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 4. | Au cours des 7 derniers jours, 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 des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur tes sorties, tes jeux , ou tes activités extérieures à l'école ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 6. | Au cours des 7 derniers jours, as-tu évité d'aller nager ou de faire du sport 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. | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p><u>Au cours des 7 derniers jours,</u>
avais-tu
école ?</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">➔</p> <p>OU</p> <p>étais-tu
en vacances ?</p> </div> <div style="flex: 1; padding-left: 10px;"> <p>Si tu avais école : au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau ont-ils eu un impact sur ton travail scolaire ?</p> <p>Si tu étais en vacances : au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau t'ont-ils empêché(e) de passer de bonnes vacances ?</p> </div> </div> | Ils m'ont empêché(e)
d'aller à l'école <input type="checkbox"/>
Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/>

Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 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 traité(e) de drôles de noms, se sont-ils moqués, t'ont-ils embêté(e), posé des questions ou évit(e) ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 9. | Au cours des 7 derniers jours, tes problèmes de peau t'ont-ils posé des problèmes pour dormir ? | Énormément <input type="checkbox"/>
Beaucoup <input type="checkbox"/>
Seulement un peu <input type="checkbox"/>
Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| 10. | Au cours des 7 derniers jours, ton traitement pour la 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.