

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE - DERMATOLOGIE DE L'ENFANT* (de 5 à 16 ans)

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 DE LA SEMAINE DERNIÈRE. Pour chaque question, réponds en mettant une croix ☒ dans une seule case.

1. Au cours de la semaine dernière, à quel point ta peau t'a **démangé**, « **gratté** », ou était **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, à quel point tu t'es senti(e) **embarrassé(e)** ou **mal à l'aise**, **malheureux(-se)** 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, à quel point tes problèmes de peau ont-ils affecté 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 de la semaine dernière, à quel point tu as dû te changer ou porter des **vêtements/chaussures 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, à quel point tes problèmes de peau t'ont gêné(e) pour **sortir**, **jouer** ou **faire les choses qui t'intéressent** ?

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, à quel point tu as 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. Au cours de la semaine dernière, **avais-tu école ?** **Si tu avais école :** au cours de la semaine dernière, à quel point tes problèmes de peau ont-ils eu des conséquences sur ton **travail à l'école** ?

À cause de mes problèmes de peau, je n'ai pas pu 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"/>

OU
- étais-tu en vacances ?** **Si tu étais en vacances :** au cours de la semaine dernière, est-ce que tes problèmes de peau t'ont empêché(e) de passer de bonnes **vacances** ?

Énormément	<input type="checkbox"/>
Beaucoup	<input type="checkbox"/>
Seulement un peu	<input type="checkbox"/>
Pas du tout	<input type="checkbox"/>
8. Au cours de la semaine dernière, à cause de tes problèmes de peau, à quel point tu as été embêté(e) par les autres : ils **te lançaient des insultes**, **te taquinaient**, **te harcelaient**, **te posaient des questions** ou **t'évitaient** ?

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, à quel point ton **sommeil** a-t-il été affecté 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"/>
10. Au cours de la semaine dernière, à quel point le **traitement** pour ta peau t'a 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.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mai 1993. Toute reproduction, même partielle, de ce document est interdite sans autorisation des auteurs.