

# QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE EN DERMATOLOGIE (DLQI)<sup>®</sup>

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie  
AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. Veuillez cocher  une case par question.

<b>1</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e)/gratté(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>2</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>3</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>4</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>5</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>6</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>7</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> 3 Non <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
	<b>Si la réponse est "non" : au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?</b>	Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	
<b>8</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e), vos amis proches ou votre famille ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>9</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0
<b>10</b>	<b>Au cours des 7 derniers jours, 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 ?</b>	Enormément <input type="checkbox"/> 3 Beaucoup <input type="checkbox"/> 2 Un peu <input type="checkbox"/> 1 Pas du tout <input type="checkbox"/> 0	Non concerné(e) <input type="checkbox"/> 0

Score final DLQI : (0-30)

**Veillez vérifier que vous avez bien répondu à CHAQUE question. Merci.**