



SDNTT
Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies

Registre Suisse du psoriasis traité par médicaments biologiques et systémiques

Questionnaire patients

Visite 13

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous souhaitons la bienvenue pour cette première consultation relative au registre SDNTT.

Grâce à votre collaboration active, vous nous permettez d'offrir aujourd'hui et dans le futur un traitement optimal, efficace et fiable contre le psoriasis.

Nous vous remercions de votre soutien et vous sommes reconnaissants de bien vouloir compléter le questionnaire suivant.

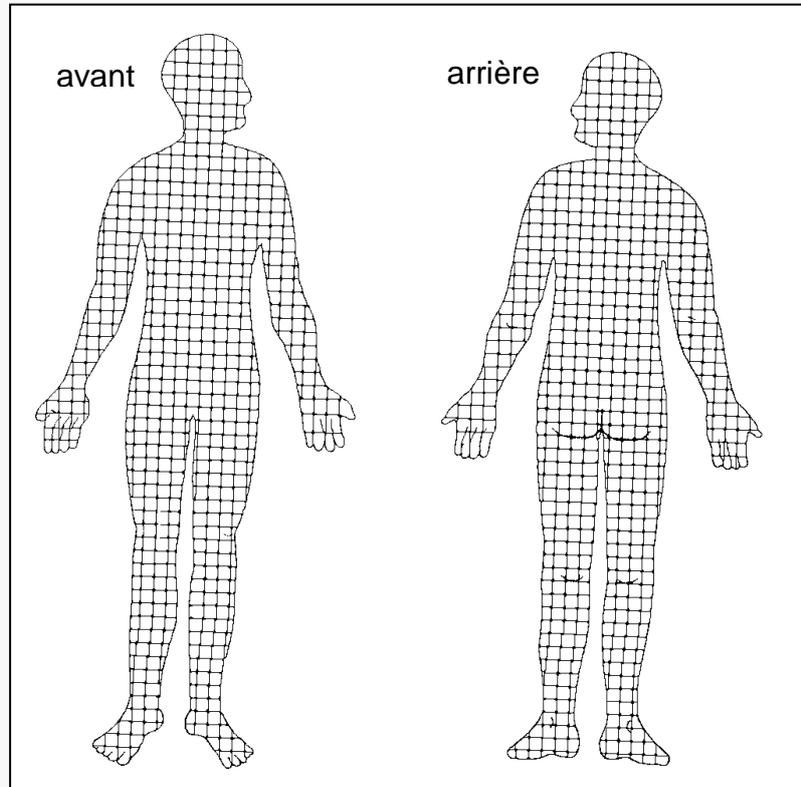
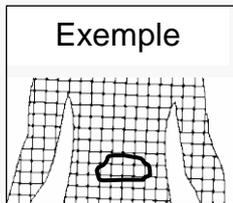
Bureau central : CVderm
Responsable du projet : Prof. Dr. Med. Matthias Augustin
Clinique Universitaire Hambourg-Eppendorf
Martinistr. 52, D-20246 Hambourg

Tél. : 076 433 76 40, Fax: +49 40-7410-57227
e-mail: sdntt@derma.ch

www.derma.ch/spec/SDNTT.html

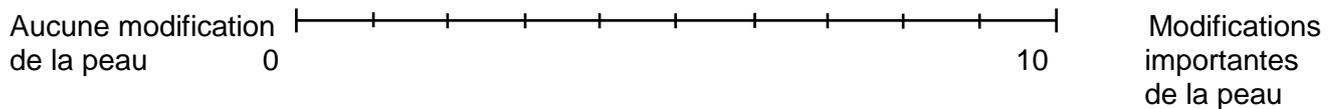
I. Étendue du foyer psoriasique

Veillez marquer le plus précisément possible les changements de votre peau sur les figures. Vous devez seulement entourer les surfaces atteintes.



2. Comment évaluez-vous la sévérité de votre psoriasis à l'heure actuelle?

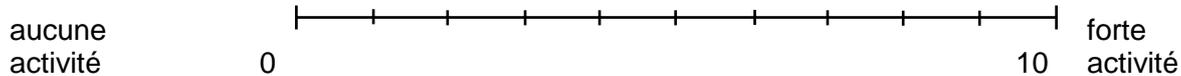
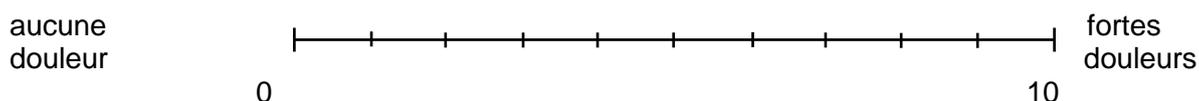
Veillez cocher la position adéquate sur la ligne graduée de 0 à 10:



Si vos articulations sont touchées (arthrite psoriasique):

3. Comment évaluez-vous la sévérité de votre arthrite psoriasique à l'heure actuelle?

Veillez cocher le nombre correspondant:



II. Bénéfice du traitement (PBI)

Au début du traitement, vous avez indiqué dans un questionnaire l'importance de différents objectifs du traitement de votre affection cutanée.

Veuillez indiquer, pour chacune des déclarations suivantes, si le traitement a été bénéfique. Si une affirmation ne vous concernait pas, par exemple parce que vous ne ressentiez aucune douleur, veuillez cocher «ne me concernait pas».

Veuillez inscrire ici votre thérapie actuelle (ou votre dernière)

Thérapie: _____

Ce traitement m'a aidé à...

		pas du tout	un peu	moyennement	assez	beaucoup	ne me concernait pas
1	... ne pas avoir de douleurs	<input type="radio"/>					
2	... ne plus avoir de démangeaisons	<input type="radio"/>					
3	... ne plus avoir de sensations de brûlure sur la peau	<input type="radio"/>					
4	... être guéri de toute modification cutanée	<input type="radio"/>					
5	... mieux pouvoir dormir	<input type="radio"/>					
6	... être moins déprimé	<input type="radio"/>					
7	... avoir une plus grande joie de vivre	<input type="radio"/>					
8	... ne pas avoir peur que la maladie évolue	<input type="radio"/>					
9	... pouvoir mener une vie quotidienne normale	<input type="radio"/>					
10	... être plus productif dans la vie quotidienne	<input type="radio"/>					
11	... être moins une charge pour mes proches	<input type="radio"/>					
12	... pouvoir avoir des activités de loisirs normales	<input type="radio"/>					
13	... pouvoir mener une vie professionnelle normale	<input type="radio"/>					
14	... pouvoir avoir plus de contacts avec d'autres personnes	<input type="radio"/>					
15	... accepter de me montrer davantage	<input type="radio"/>					
16	... avoir moins de difficultés quotidiennes dans la vie de couple	<input type="radio"/>					
17	... pouvoir avoir une vie sexuelle normale	<input type="radio"/>					
18	... devoir moins souvent se rendre chez le médecin et à l'hôpital	<input type="radio"/>					
19	... consacrer moins de temps au traitement quotidien	<input type="radio"/>					
20	... avoir moins de frais de traitement à votre charge	<input type="radio"/>					
21	... avoir moins d'effets secondaires	<input type="radio"/>					
22	... trouver un diagnostic et une thérapie clairs	<input type="radio"/>					
23	... avoir confiance dans la thérapie	<input type="radio"/>					
24	... avoir plus rapidement une meilleure peau	<input type="radio"/>					
25	... reprendre le contrôle sur la maladie	<input type="radio"/>					

PBQ por psoriasis

III. Thérapie

1. Comment avez-vous vécu le traitement du psoriasis au cours des 7 derniers jours ?

pas du tout
un peu
modérément
assez
beaucoup

Veuillez cocher la case correspondante sur chaque ligne.

Le traitement est une charge pour moi	<input type="radio"/>				
Le traitement représente pour moi beaucoup de temps investi	<input type="radio"/>				
Pour le traitement, j'ai besoin d'une aide extérieure	<input type="radio"/>				

2. Combien de temps consacrez-vous en moyenne à votre traitement chaque jour?

	0 min.	jusqu'à 10 min	jusqu'à 30 min.	jusqu'à 30 min.	minimum 60 min.
Pour mon traitement quotidien, j'ai besoin au total de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consulté les médecins suivants pour votre psoriasis?

	jamais	1 - 2 fois	3 - 5 fois	6 - 10 fois	plus de 10 fois
dermatologue / clinique de dermatologie	<input type="radio"/>				
médecin de famille	<input type="radio"/>				
orthopédiste / rhumatologue	<input type="radio"/>				
spécialiste des maladies organiques	<input type="radio"/>				
autres:.....	<input type="radio"/>				

(veuillez préciser)

4. Comment évaluez-vous les soins qui vous ont été apportés ces dernières années dans le cadre du traitement de votre psoriasis?

- très bien
- bien
- moyen
- mauvais

5. Êtes-vous satisfait jusqu'ici du traitement de votre psoriasis?

- très satisfait
- plutôt satisfait
- plutôt mécontent
- très mécontent

6. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris régulièrement vos médicaments contre le psoriasis?

- irrégulièrement plutôt irrégulièrement plutôt régulièrement régulièrement

IV. QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE – DERMATOLOGIE (DLQI)

Ce questionnaire a pour but d'évaluer l'influence de votre problème de peau sur votre vie AU COURS DE LA DERNIERE SEMAINE. Veuillez cocher une case par question.

1.	Au cours de la dernière semaine, votre peau vous a-telle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
2.	Au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
3.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire des courses , vous occuper de votre maison ou pour jardiner ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
4.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le choix des vêtements que vous portiez ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
5.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
6.	Wie sehr hat Ihre Haut Ihnen in der letzten Woche die Ausübung von Sport erschwert?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
7.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ? Si la réponse est "non" : au cours de la dernière semaine, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études ?	oui non beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
8.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il rendu difficiles vos relations avec votre conjoint(e) , vos amis proches ou votre famille ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
9.	Au cours de la dernière semaine, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>
10.	Au cours de la dernière semaine, 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 ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	non concerné(e) <input type="radio"/>

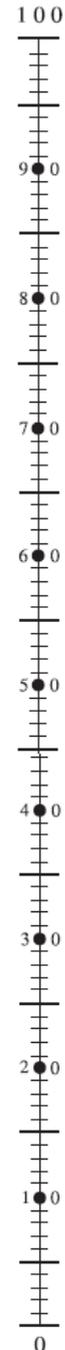
V. Échelle de l'état de santé
(EQ-5D - Questionnaire santé)

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une **échelle graduée** (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle „100“ correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et „0“ au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. **Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré cidessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.**

**Votre état de santé
aujourd'hui**

Meilleur état
de santé imaginable



Pire état de
santé
imaginable

Merci beaucoup ! Veuillez maintenant remettre le questionnaire à votre médecin.