



SDNTT
Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies

Registre Suisse du psoriasis traité par médicaments biologiques et systémiques

Questionnaire patients

Visite 1

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous souhaitons la bienvenue auprès du Registre Suisse du Psoriasis SDNTT !

Ce projet d'étude vise à acquérir de nouvelles connaissances afin de développer un traitement optimal, efficace et fiable contre le psoriasis.

Par votre participation active au SDNTT, vous nous permettez de progresser et d'améliorer la prise en charge et les traitements contre le psoriasis.

Nous vous remercions donc de bien vouloir prendre le temps de compléter notre questionnaire.

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

<http://www.derma.ch/spec/SDNTT.html>

I. Informations générales

1. En quelle année vous a-t-on diagnostiqué un psoriasis pour la première fois?

2. Avez-vous des parents proches (enfants / parents / frères et sœurs) qui souffrent ou qui ont souffert de psoriasis?

oui non

3. Au cours de 5 dernières années, à quelle fréquence avez-vous été hospitalisé, à cause de votre psoriasis? fois

4.1 Travaillez-vous? oui non

4.2 si oui:

- plein temps (35 heures et plus)
- temps partiel ou à l'heure heures par semaine
- congé (congé parental ou autre)
- en formation, reconversion professionnelle

si la réponse est "non":

- retraité , préretraité
- femme / homme au foyer
- écolier, étudiant
- chômeur
- sans activité pour d'autres raisons

4.3 si en activité: Au cours des 12 derniers mois, pendant combien de jours n'avez-vous pas pu travailler à cause du psoriasis ? pendant jours

4.4 Êtes-vous actuellement dans l'incapacité de travailler à cause de votre psoriasis?

oui, depuis jours non

	actuellement	par le passé	pas encore
5.1 Souffrez-vous de douleurs articulaires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 Vous a-t-on diagnostiqué une arthrite psoriasique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Quelle est votre situation familiale?

marié/e célibataire divorcé/e veuf/veuve

7. **Vivez-vous seul ?**

oui non → avec personnes supplémentaires à la maison

8. **Quel est votre diplôme le plus élevé?**

sans diplôme

Ecole obligatoire

CFC sans maturité professionnelle

CFC avec maturité professionnelle

Maturité

Haute école (université, spécialité) (précisez) _____

9. **Quelle est votre assurance maladie?**

Assurance maladie de base

Assurance maladie de base plus complémentaire

Assurance demi-privé

Assurance privé

autre, à savoir _____

10. **Fumez-vous?**

oui, depuis ans non

si oui : combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

Veuillez indiquer un nombre de cigarettes:

cigarettes

cigares, cigarillos

pipes

si la réponse est "non":

ancien fumeur (qui a fumé pendant au moins un an)

non-fumeur ou ancien fumeur de moins d'un an

11. **Utilisez-vous des cigarettes électroniques ou des produits similaires (e-shisha, par exemple)?**

oui, depuis ans non

12. **À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool?**

jamais moins d'une fois par semaine une fois par semaine

plusieurs fois par semaine tous les jours

Si vous buvez de l'alcool, quelle est votre consommation moyenne par semaine?

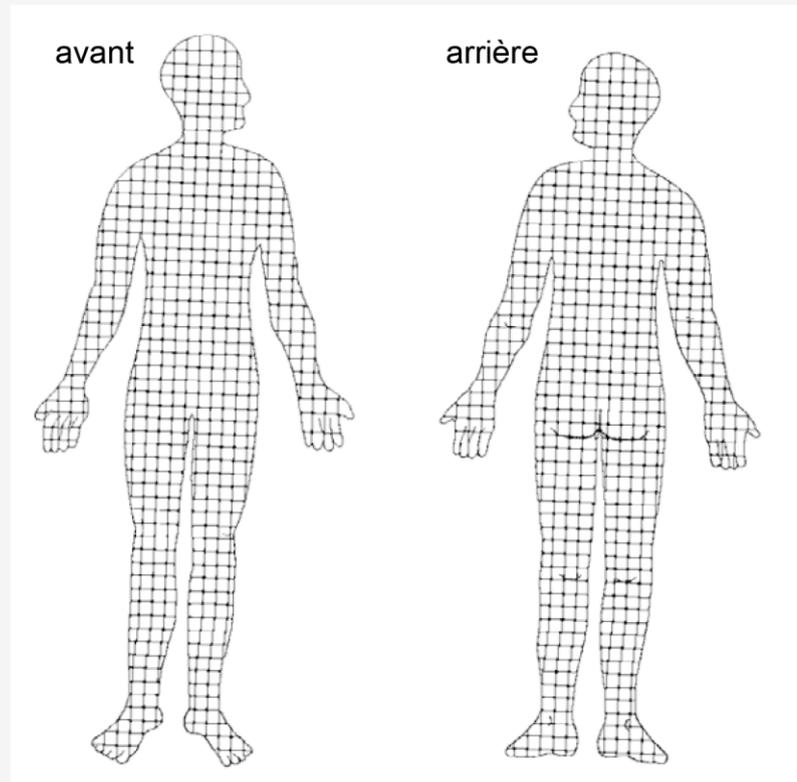
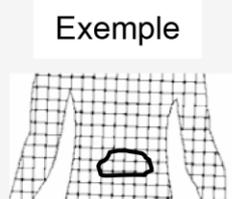
verres de bière (0,3 l), vin ou mousseux (0,25 l)

verres de cocktail, liqueur, vermouth, etc. (4 cl)

verres d'eau-de-vie, rhum, cognac, etc. (2 cl)

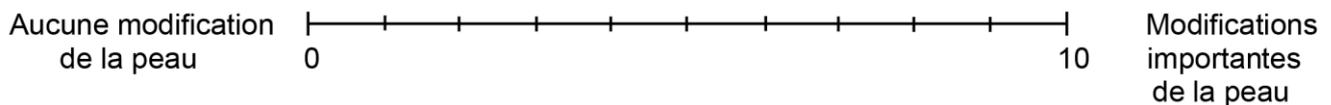
II. Étendue du foyer psoriasique

1. Veuillez 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?

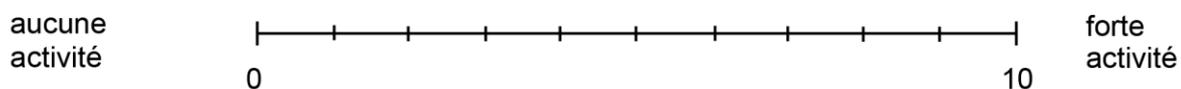
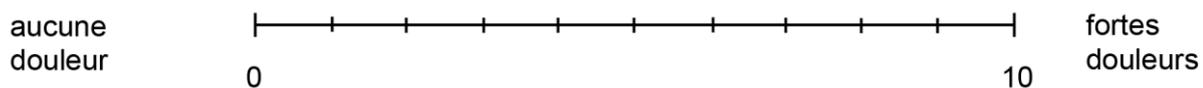
Veuillez cocher la position adéquate sur la ligne graduée de 0 à 10:



Si vos articulations sont touchées (arthrite psoriasique):

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

Veuillez cocher le nombre correspondant:



IIIa. Bénéfice du traitement antérieur (PBI)

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

Thérapie: _____

Veuillez indiquer, pour chacune des déclarations suivantes, si le traitement a été bénéfique.

Si une affirmation ne devait pas vous concerner, par exemple parce que vous ne ressentez aucune douleur, veuillez cocher «ne me concernait pas».

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 vos 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 se 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 pour psoriasis

IV. Thérapie

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

pas du tout
 un peu
 modérément
 assez
 beaucoup

Veillez 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?

	<input type="radio"/> 0 min.	<input type="radio"/> jusqu'à 10 min.	<input type="radio"/> jusqu'à 30 min.	<input type="radio"/> jusqu'à 60 min.	<input type="radio"/> 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?

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

V. 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-t-elle 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.	Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de 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"/>
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"/>

VI. Santé générale et mentale

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

<p>Je me sens tendu(e) ou énervé(e).</p> <p><input type="radio"/> La plupart du temps</p> <p><input type="radio"/> Souvent</p> <p><input type="radio"/> De temps en temps</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p>	<p>J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.</p> <p><input type="radio"/> Presque toujours</p> <p><input type="radio"/> Très souvent</p> <p><input type="radio"/> Parfois</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p>
<p>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.</p> <p><input type="radio"/> Oui, tout autant</p> <p><input type="radio"/> Pas autant</p> <p><input type="radio"/> Un peu seulement</p> <p><input type="radio"/> Presque plus</p>	<p>J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p> <p><input type="radio"/> Parfois</p> <p><input type="radio"/> Assez souvent</p> <p><input type="radio"/> Très souvent</p>
<p>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.</p> <p><input type="radio"/> Oui, très nettement</p> <p><input type="radio"/> Oui, mais ce n'est pas grave</p> <p><input type="radio"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas</p> <p><input type="radio"/> Pas du tout</p>	<p>Je ne m'intéresse plus à mon apparence.</p> <p><input type="radio"/> Plus du tout</p> <p><input type="radio"/> Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais</p> <p><input type="radio"/> Il se peut que je n'y fasse plus autant attention</p> <p><input type="radio"/> J'y prête autant d'attention que par le passé</p>
<p>Je ris facilement et vois le bon côté des choses.</p> <p><input type="radio"/> Autant que par le passé</p> <p><input type="radio"/> Plus autant qu'avant</p> <p><input type="radio"/> Vraiment moins qu'avant</p> <p><input type="radio"/> Plus du tout</p>	<p>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.</p> <p><input type="radio"/> Oui, c'est tout à fait le cas</p> <p><input type="radio"/> Un peu</p> <p><input type="radio"/> Pas tellement</p> <p><input type="radio"/> Pas du tout</p>
<p>Je me fais du souci.</p> <p><input type="radio"/> Très souvent</p> <p><input type="radio"/> Assez souvent</p> <p><input type="radio"/> Occasionnellement</p> <p><input type="radio"/> Très occasionnellement</p>	<p>Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.</p> <p><input type="radio"/> Autant qu'auparavant</p> <p><input type="radio"/> Un peu moins qu'avant</p> <p><input type="radio"/> Bien moins qu'avant</p> <p><input type="radio"/> Presque jamais</p>
<p>Je suis de bonne humeur.</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p> <p><input type="radio"/> Rarement</p> <p><input type="radio"/> Assez souvent</p> <p><input type="radio"/> La plupart du temps</p>	<p>J'éprouve des sensations soudaines de panique.</p> <p><input type="radio"/> Vraiment très souvent</p> <p><input type="radio"/> Assez souvent</p> <p><input type="radio"/> Pas très souvent</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p>
<p>Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e).</p> <p><input type="radio"/> Oui, quoi qu'il arrive</p> <p><input type="radio"/> Oui, en général</p> <p><input type="radio"/> Rarement</p> <p><input type="radio"/> Jamais</p>	<p>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision.</p> <p><input type="radio"/> Souvent</p> <p><input type="radio"/> Parfois</p> <p><input type="radio"/> Rarement</p> <p><input type="radio"/> Très rarement</p>

Veillez indiquer les énoncés qui décrivent le mieux votre état de santé actuel en sélectionnant une case dans chaque groupe.

Mobilité

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------|
| Je n'ai aucun problème pour me déplacer | <input type="checkbox"/> |
| J'ai du mal à me déplacer | <input type="checkbox"/> |
| Je suis cloué au lit | <input type="checkbox"/> |

Se débrouiller seul

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi | <input type="checkbox"/> |
| J'ai quelques problèmes pour me laver ou m'habiller | <input type="checkbox"/> |
| Je ne suis pas capable de me laver ou de m'habiller | <input type="checkbox"/> |

Activités générales

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Je n'ai aucun problème pour vaquer à mes activités quotidiennes | <input type="checkbox"/> |
| J'ai quelques problèmes dans mes activités quotidiennes | <input type="checkbox"/> |
| Je ne suis pas en mesure de mener à bien mes activités quotidiennes
<i>(par exemple, travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou de loisirs)</i> | <input type="checkbox"/> |

Douleur/plaintes physiques

- | | |
|----------------------------------------|--------------------------|
| Je n'ai aucune douleur ou gêne | <input type="checkbox"/> |
| J'ai une douleur ou un malaise modéré | <input type="checkbox"/> |
| J'ai une douleur ou un malaise extrême | <input type="checkbox"/> |

Anxiété/déprime

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Je ne suis ni anxieux ni déprimé | <input type="checkbox"/> |
| Je suis modérément anxieux ou dépressif | <input type="checkbox"/> |
| Je suis extrêmement anxieux ou dépressif | <input type="checkbox"/> |

Par rapport à mon état de santé général
au cours des 12 derniers mois,
mon état de santé actuel est

- | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------|
| Meilleur | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'ensemble, c'est à peu près la même chose | <input type="checkbox"/> |
| Mauvais | <input type="checkbox"/> |

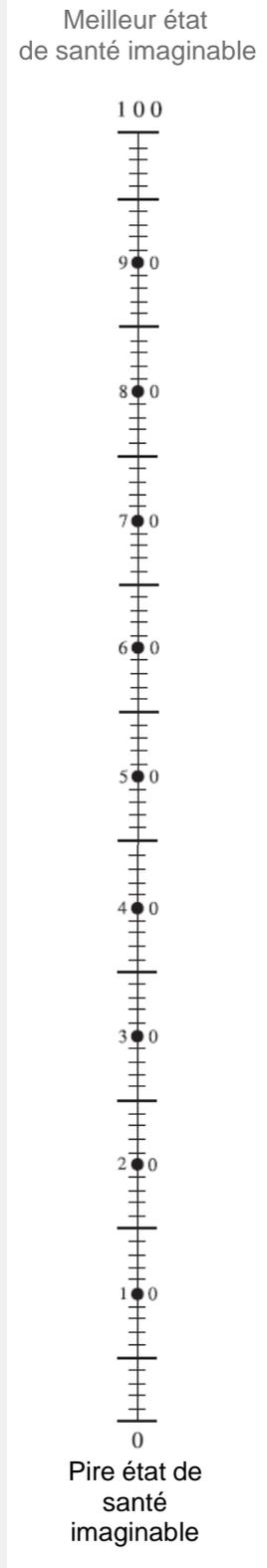
VI.

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 ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.**

**Votre état de santé
aujourd'hui**



VIII. QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE (SF-12)

Avec ce questionnaire, nous aimerions déterminer votre état de santé.
Cette fiche nous permet de comprendre comment vous vous sentez et comment vous faites face à la vie quotidienne au fil du temps.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :	Excellente	Très bonne	Bonne	Médiocre	Mauvaise
	<input type="checkbox"/>				

Voici quelques activités que vous pourriez faire une journée normale. Êtes-vous limité dans l'exécution des activités suivantes dans votre état de santé actuel? Si oui, à quel point?	Oui, beaucoup limité	Oui, un peu limité	Non, pas du tout limité
2. activités de difficulté moyenne , par ex. déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles, jouer au golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. monter plusieurs étages par l'escalier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique	Oui	Non
4. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé)	Oui	Non
6. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont -elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?	Pas du tout	Un petit peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
	<input type="checkbox"/>				

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	Souvent	Parfois	Jamais
9. ... y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?	<input type="checkbox"/>					
10. ...y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	<input type="checkbox"/>					
11. ...y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu?	<input type="checkbox"/>					

12. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
	<input type="checkbox"/>				

Date d'achèvement:

Jour	Mois	an			

IIIb. Importance des objectifs thérapeutiques (PBI)

A l'aide des questions suivantes, nous aimerions connaître l'importance que vous accordez personnellement aux objectifs ci-dessous grâce au traitement actuel de votre affection cutanée.

Veillez indiquer, pour chacune des déclarations suivantes, l'importance de l'objectif thérapeutique en cochant la case correspondante. Si une affirmation ne devait pas vous concerner, par exemple parce que vous ne ressentez aucune douleur, veuillez cocher «ne me concerne pas».

Dans quelle mesure est-il important pour vous que le traitement permette de...

		pas du tout	un peu	moyennement	assez	beaucoup	ne me concerne 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	...non avere più le lesioni psoriatrice	<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 vos proches	<input type="radio"/>					
12	...être moins une charge pour vos proches	<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 se 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 ...aver meno spese a causa dei trattamenti	<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"/>					

PNQ pour Psoriasis

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