



SDNTT
Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies

Registre Suisse du psoriasis traité par médicaments biologiques et systémiques

Questionnaire patients

Visite 2

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.

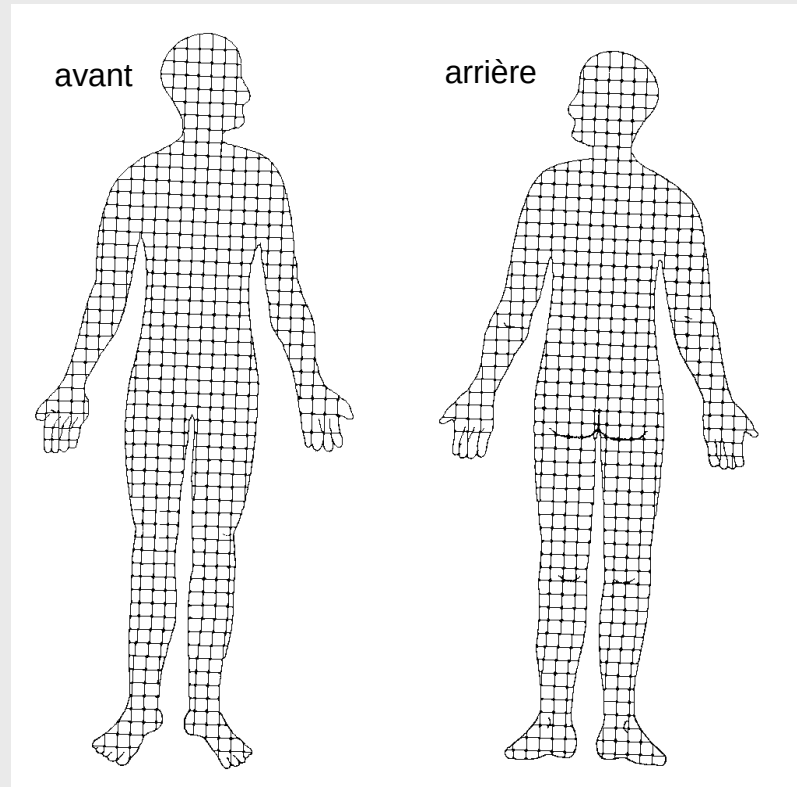
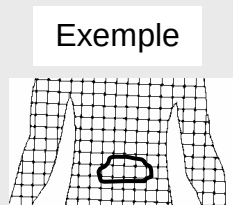
Bureau central : CVderm
Responsable du projet : Prof. Dr. Med. Matthias Augustin
Clinique Universitaire Hambourg-Eppendorf
Martinistr. 52, D-20246 Hambourg

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

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

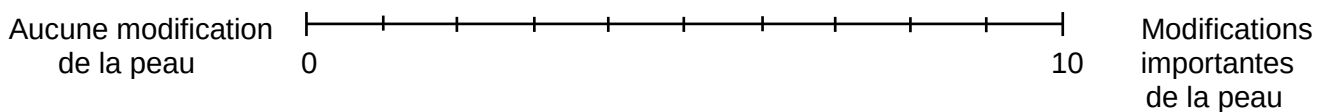
I. Étendue du foyer psoriasique

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?

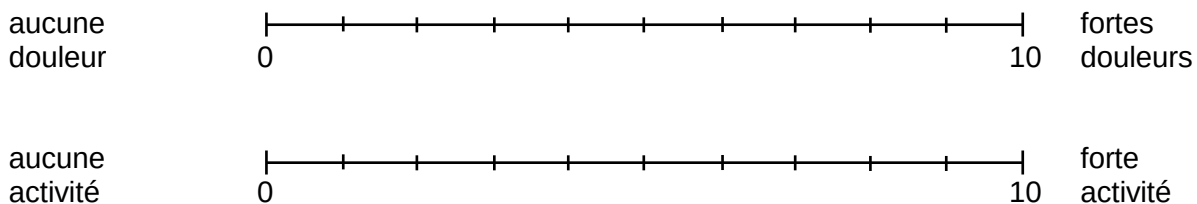
Veuillez cocher la position adéquate sur la ligne graduée de 0 à 10:



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:



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

PBQ pour psoriasis

III. Thérapie

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

Veillez cocher la case correspondante sur chaque ligne

pas du tout
un peu
modérément
assez
beaucoup

Le traitement est une charge pour moi	☐	☐	☐	☐	☐
Le traitement représente pour moi beaucoup de temps investi	☐	☐	☐	☐	☐
Pour le traitement, j'ai besoin d'une aide extérieure	☐	☐	☐	☐	☐

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 60 min.	minimum 60 min.
Pour mon traitement quotidien, j'ai besoin au total de	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐
médecin de famille	☐	☐	☐	☐	☐
orthopédiste / rhumatologue	☐	☐	☐	☐	☐
spécialiste des maladies organiques	☐	☐	☐	☐	☐
autres:.....	☐	☐	☐	☐	☐

(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-t-elle démangé(e), fait souffrir ou brûlé(e) ?	énormément beaucoup un peu pas du tout	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐
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	☐ ☐ ☐ ☐	non concerné(e) ☐

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 ci-dessous 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.