


Questionnaire obtenu par : 	ID de l'étude	Numéro du sujet	Numéro de la visite/du cycle	Signature de la personne ayant rempli le formulaire
	Numéro de l'investigateur		Page 1 sur 2	Date de signature par la personne ayant rempli le formulaire

## **Indice de la qualité de vie familiale en présence d'une maladie dermatologique (FDLQI)**

Nom: ..... Score FDLQI

Lien avec le ou la patient·e: .....

Diagnostic de la maladie du ou de la patient·e (s'il est connu): ..... Date: .....

- Les questions portent sur les répercussions de la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille sur votre qualité de vie au cours des 4 dernières semaines.
- Veuillez lire attentivement les questions et cocher une case par question.

**1.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle suscité une détresse émotionnelle chez vous (p. ex.: inquiétude, dépression, gêne, frustration)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**2.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle affecté votre bien-être physique (p. ex.: fatigue, épuisement, contribution à la détérioration de votre santé, perturbation du sommeil/repos)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**3.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle affecté vos relations personnelles avec lui/elle ou avec d'autres personnes?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**4.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point avez-vous eu des problèmes avec les réactions des autres face à la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille (p. ex.: intimidations et moqueries, regards insistants, explications à fournir aux autres à propos de sa maladie de peau)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**5.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle affecté votre vie sociale (p. ex.: sortir, rendre visite à/recevoir des gens, participer à un événement social)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

*(Veuillez tourner la page)*

ID de l'étude	Numéro du sujet	Numéro de la visite/du cycle	Page 2 sur 2
---------------	-----------------	------------------------------	--------------

**6.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle affecté vos activités de détente/loisirs (p. ex.: vacances, passe-temps personnels, exercice, sport, natation, télévision)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**7.** Au cours des 4 dernières semaines, combien de temps avez-vous passé à prendre soin de votre partenaire/du membre de votre famille (p. ex.: application de crèmes, administration de médicaments ou soins de la peau)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**8.** Au cours des 4 dernières semaines, quelle quantité supplémentaire de tâches ménagères avez-vous dû effectuer en raison de la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille (p. ex.: nettoyer, passer l'aspirateur, laver, cuisiner)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**9.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle affecté votre emploi/vos études (p. ex.: besoin de s'absenter, impossibilité de travailler, réduction du nombre d'heures travaillées, problèmes avec les gens au travail)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

**10.** Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la maladie de peau de votre partenaire/du membre de votre famille a-t-elle conduit à une augmentation de vos dépenses domestiques habituelles (p. ex.: frais de déplacement, achat de produits, crèmes et cosmétiques spéciaux)?

Pas du tout/ne s'applique pas ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Énormément ☐

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.