

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

Nom :

Score FDLQI

Lien avec le patient :

Diagnostic de la maladie du patient

(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, vous rendre à une soirée) ?

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

(Veuillez tourner la page)

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, salle de sport, 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, problème 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.