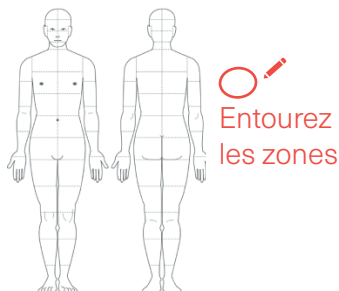


1 Mon psoriasis

Localisation

Surface et mesure de la surface



2 Mon histoire

J'ai du psoriasis depuis l'âge de :

Mon psoriasis s'est aggravé à l'âge de :

Je suis suivi(e)/conseillé(e) par :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Mon dermatologue libéral en ville |
| <input type="checkbox"/> Mon pharmacien | <input type="checkbox"/> Mon dermatologue à l'hôpital ou en clinique (établissement de santé) |
| <input type="checkbox"/> Mon infirmier/ère | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste | |

Les traitements que j'ai déjà eus :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Traitement par voie orale (comprimés, capsules) |
| <input type="checkbox"/> Traitement local (crème) | <input type="checkbox"/> Traitement par injections sous cutanées |
| <input type="checkbox"/> Photothérapie | |

Mon traitement actuel :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Traitement par voie orale (comprimés, capsules) |
| <input type="checkbox"/> Traitement local (crème) | <input type="checkbox"/> Traitement par injections sous cutanées |
| <input type="checkbox"/> Photothérapie | |

3 Mon quotidien

Mon psoriasis impacte certaines de mes activités au quotidien :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Choix de mes vêtements | <input type="checkbox"/> Ma productivité au travail |
| <input type="checkbox"/> Activités quotidiennes (course, sortie ...) | <input type="checkbox"/> Mes relations amoureuses |
| <input type="checkbox"/> La pratique d'un sport | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Mon sommeil | |

Mes symptômes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons | <input type="checkbox"/> Anxiété / Tristesse |
| <input type="checkbox"/> Brûlures/ Douleurs cutanées | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires | |

4 Mes attentes

Réduction de mes plaques de psoriasis :

Diminution de mes symptômes

ou d'un symptôme prédominant :

Amélioration de ma qualité de vie :

Entourez la réponse qui vous convient

· 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8 · 9 · 10 ·

· 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8 · 9 · 10 ·

· 1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 6 · 7 · 8 · 9 · 10 ·

1 : peu important pour moi 10 : très important pour moi

