

Questionnaire

Section A – Informations sur l'Eczéma

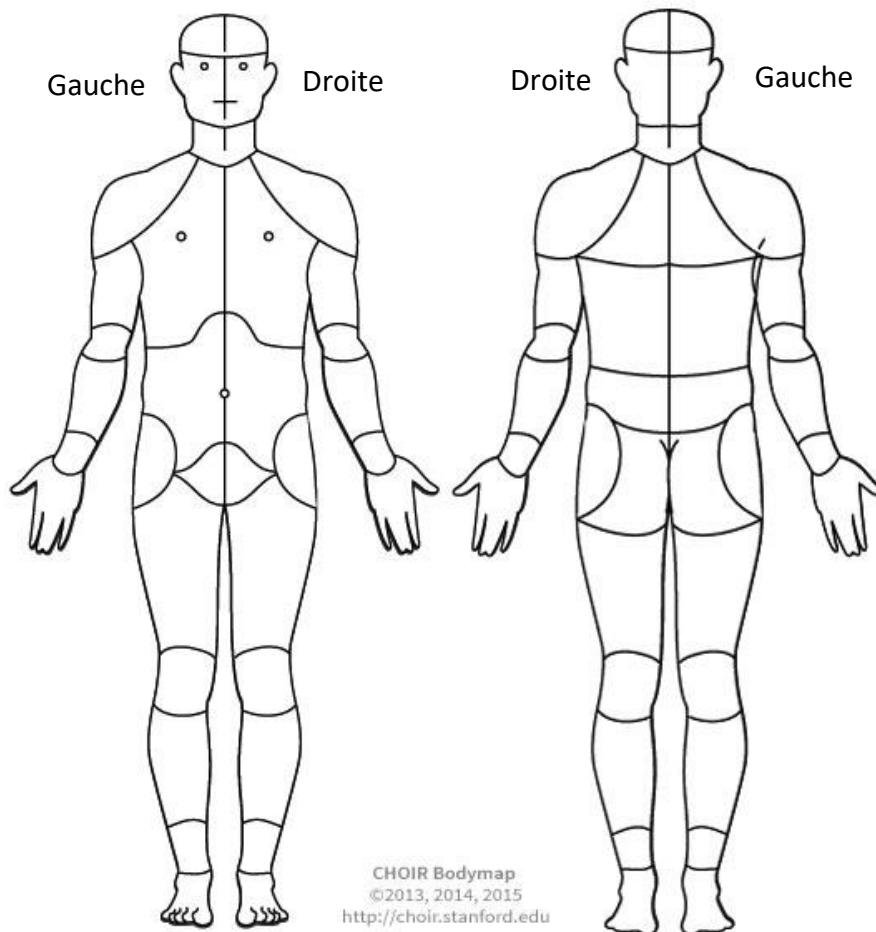
1. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec la dermatite atopique (Eczéma)? Oui Non Ne sait pas

SI OUI ➤ Avez-vous de l'eczéma quand vous étiez enfant? Oui Non Ne sait pas

SI OUI ➤ Vers quel âge avez-vous commencé à avoir de l'eczéma?

Naissance à 2 ans 2 à 10 ans 11 à 20 ans 21 à 50 ans >50 ans

2. Où avez-vous actuellement l'eczéma? Veuillez remplir les zones sur la carte du corps.



3. Avez-vous eu des semaines au cours de la dernière année où votre peau n'était pas affectée du tout par l'eczéma? Oui Non

4. Qu'est-ce que vous utilisez pour votre ECZÉMA?

Médicaments	Utilisé au cours des 2 dernières semaines	Essayé dans le passé	Jamais utilisé
Antihistaminiques non somnolents <i>Par exemple Réactine, Claritin, Aeries, etc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistaminiques traditionnels (effet secondaire de somnolence) <i>Par exemple Benadryl, Atarax</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crèmes stéroïdes autres que l'hydrocortisone 0,5 ou 1% <i>Par exemple Aristocort-R, triamcinolone ou Betaderm, betamethasone, Dermovate, Clobetasol proprionate</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protopic or Elidel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilules antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prednisone par la bouche ou injections de stéroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthotrexate, Cellcept, cyclosporine ou autre agent immunomodulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dupixent/Dupilumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section B – Comorbidités associées à l'eczéma

1. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec l'asthme? Oui Non Ne sait pas

SI OUI ➤ Prenez-vous des médicaments pour votre asthme?

- Non
- Oui, seulement pendant les poussées d'asthme
- Oui, je prends des médicaments régulièrement, même si je n'ai pas de poussées

2. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec le rhume des foins (allergies saisonnières)?

Oui Non Ne sait pas

3. Avez-vous des problèmes diagnostiqués avec votre système immunitaire? **Oui** **Non**

SI OUI ➤ S'il vous plaît spécifier

4. Avez-vous déjà eu des **patch** tests pour les allergies cutanées (avec des **patches/timbres** collés sur le dos, et des visites répétées dans une semaine)? **Oui** **Non** **Aucune allergie détectée**

5. Savez-vous quels produits chimiques éviter? **Oui** **Non**

SI OUI ➤ S'il vous plaît préciser

6. Avez-vous déjà eu des tests par **piqûre** sur la peau pour les allergies alimentaires et environnementales (avec des piqûres à l'avant-bras, pas de visites répétées)? **Oui** **Non** **Aucune allergie détectée**

SI OUI ➤ Vous savez à quoi vous êtes allergique? **Oui** **Non**

SI OUI ➤ S'il vous plaît préciser.....

7. Êtes-vous connu pour des allergies à la poussière? **Oui** **Non**

SI OUI ➤ Faites-vous le suivi d'un ou de plusieurs des facteurs suivants à la maison?

- Housse de protection contre la poussière (oreiller)
- Housse de protection contre la poussière (feuilles)
- Laver les draps dans l'eau chaude et les passer à la sècheuse à haute température chaque semaine
- Minimiser l'accumulation de poussière dans la chambre à coucher
- Autres (s'il vous plaît préciser)

8. Êtes-vous connu pour des allergies aux animaux? **Oui** **Non**

9. Vivez-vous avec des animaux à la maison? **Oui** **Non**

SI OUI ➤ Vivez-vous avec plus d'un animal?

Oui **Non**

SI OUI ➤ S'il vous plaît spécifier le nombre:

Chat	_____
Chien	_____
Oiseau	_____
Rongeur	_____
Autres	_____

Si Chien(s) ➤ Sont-ils diagnostiqués avec de l'eczéma?

Oui **Non**

10. Avez-vous des intolérances alimentaires? Oui Non

SI OUI ➤ S'il vous plaît préciser.....

11. Votre eczéma est-il significativement pire avec le stress? Oui Non Pas sûr

12. Êtes-vous au courant des déclencheurs qui aggravent votre peau, autres que ceux mentionnés ci-haut? Oui Non

SI OUI ➤ S'il vous plaît spécifier

Section C – Gestion de l'eczéma

1. Avez-vous essayé un régime d'élimination pour votre eczéma? Oui Non

SI OUI ➤ Avez-vous éliminé pendant un mois ou plus:

- Lait/produits laitiers
- Blé/gluten
- Soja
- Viande/Produits carnés
- Autres..... (s'il vous plaît préciser)

2. Lavez-vous vos avant-bras, vos jambes et/ou l'estomac avec du savon lorsque vous vous douchez ou que vous prenez votre bain? Oui Non

SI OUI ➤ Avec quel savon lavez-vous ces zones?

- Savon en barre
- Savon liquide
- Nettoyant liquide non savonneux, détergent synthétique ou huile (p. ex. Lipikar Syndet AP+)
- Autres..... (s'il vous plaît préciser)

3. À quelle fréquence vous lavez-vous en une semaine?

- Plus d'une fois par jour
- Tous les jours
- Une fois tous les deux jours
- Une ou deux fois par semaine

4. À quelle fréquence appliquez-vous de la crème hydratante (s) de la tête aux pieds après votre bain?

- Presque toujours
- Parfois
- Seulement si nécessaire

5. Combien de fois appliquez-vous des crèmes hydratantes par jour?

- 0
 1x
 2x
 3- 4x
 5- 6x
 >7x

6. Quel professionnels de la santé, parmi les suivants, avez-vous vu, pour gérer les poussées reliées à votre dermatite atopique au cours de la dernière année :

Médecin généraliste ou médecin de famille	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, avez-vous un médecin de famille?	
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Non	Si non, êtes-vous allé à une clinique sans rendez-vous?	
		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Urgentologue	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, combien de fois au cours de la dernière année êtes-vous allé à l'urgence pour votre eczéma ?	_____
	<input type="checkbox"/> Non		_____
Dermatologue	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, combien de visites dermatologiques avez-vous eues au cours de la dernière année ?	_____
	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de dermatologues avez-vous déjà vus pour votre eczéma ?	_____
Pharmacien	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Infirmière clinicienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Nutritionniste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Naturopathe	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Praticiens alternatifs de la santé (ostéopathe, homéopathe, acupuncture, etc.) ou d'autres soins de santé paramédicaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

7. Avez-vous déjà manqué l'école ou le travail à cause de votre eczéma au cours de la dernière année?

- Oui Non

SI OUI ➤ combien de fois au cours de la dernière année?

- 1x
 2x
 3-4x
 5-6x
 >7x

8. Jusqu'à présent, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus?

- Satisfait Modérément satisfait Non satisfait

9. Vous sentez-vous anxieux ou déprimé?

- Oui, à cause des symptômes de l'eczéma Oui, pour d'autres raisons Non

10. Connaissez-vous la Société canadienne de l'eczéma ou/et de tout autre ressource ou groupe de soutien semblable? Oui Non

11. Pensez-vous avoir besoin de plus de ressources et/ou d'aide? Oui Non

Section D – Informations Générales

1. Sexe assigné à la naissance Homme Femme Intersexe Préférez ne pas dire

2. À quel genre vous identifiez-vous?

- Homme Femme Transgenres Nonbinaire Préférez ne pas dire Autres _____

3. Date de naissance: / /
jj mm aaa

4. Êtes-vous né au Canada? Oui Non

SI NON ➤ Dans quel pays êtes-vous né? PAYS: _____

SI NON ➤ Quel âge aviez-vous lorsque vous êtes venu vivre au Canada?

âge: ou année:

5. Quel est votre état matrimonial actuel?

- Célibataire (jamais légalement marié)
 Partenaire légalement marié / en union de fait
 Veuf/Veuve
 Séparé, mais toujours légalement marié
 Divorcé/Divorcée

6. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez suivi?

- École primaire / élémentaire
 École secondaire
 École technique ou cégep
 Certains collèges ou universités, mais n'ont pas obtenu de diplôme
 Université
 Diplôme universitaire ou professionnel (maîtrise, diplôme en médecine, droit, etc.)

7. Les personnes vivant au Canada proviennent de différents milieux culturels. De quelle origine culturelle, ethnique ou raciale êtes-vous? **Veillez en cocher autant que vous le souhaitez.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autochtone | <input type="checkbox"/> Arabe / Moyen-Orient |
| <input type="checkbox"/> Noir / Afro-américain | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Asie du Sud (par exemple, Inde orientale, pakistanaise, sri-lankaise, etc.) | <input type="checkbox"/> Asie du Sud-Est (par exemple, vietnamien, cambodgien, laotien, thaï, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Asie occidentale (par exemple, iranien, afghan, etc.) | <input type="checkbox"/> Asie de l'Est (coréen, chinois, japonais, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Latino / hispanique / latino-américain | <input type="checkbox"/> Caucasien / Blanc |
| <input type="checkbox"/> Insulaire Pacifique | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas / Je ne souhaite pas répondre |
| <input type="checkbox"/> Autres (S'il vous plaît préciser) | |

Section E- Histoire de famille

Nous aimerions avoir des informations sur la santé des membres de votre **famille immédiate** (parents, frères et sœurs et enfants). **Veillez ne pas inclure les parents adoptifs ou mariés.**

1. Je suis adopté et ne connais pas ma famille biologique.

Oui **Non** (si votre réponse est non, les questions suivantes dans cette section sont pour vous)

2. Veuillez indiquer le nombre pour chaque membre de la famille? (Veuillez inclure également les membres de la famille qui sont décédés)

- | | |
|---|---|
| a. Soeurs <input style="width: 40px;" type="text"/> | c. Filles <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| b. Frères <input style="width: 40px;" type="text"/> | d. Fils <input style="width: 40px;" type="text"/> |

3. L'un des membres de votre famille immédiate (mère, père, frères et sœurs, enfants) a-t-il/elle reçu un diagnostic pour les maladies suivantes:

	Oui	Non	Pas sûr
Dermatite atopique (Eczéma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins (allergies saisonnières)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quel est le plus haut niveau de scolarité de votre parent ou tuteur le plus instruit?

- École primaire / élémentaire
- École secondaire
- École technique ou cégep
- Certains collèges ou universités, mais n'ont pas obtenu de diplôme
- Université
- Diplôme universitaire ou professionnel (maîtrise, diplôme en médecine, droit, etc.)

Section F - Patient-Oriented Eczema Measure (ou POEM) / Mesure de l'eczéma axée sur le patient

Pour chacune des sept questions énoncées ci-dessous, veuillez cocher la réponse qui décrit le mieux votre eczéma. Veuillez ne pas répondre à toute question à laquelle vous ne vous sentez pas à l'aise à répondre

- | | | | | | | |
|----------|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 1 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours avez-vous eu des démangeaisons en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 2 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de nuits votre sommeil a-t-il été perturbé en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 3 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours votre peau a-t-elle saigné en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 4 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours votre peau a-t-elle suinté, c'est-à-dire a-t-elle laissé s'écouler un liquide clair en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 5 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours votre peau a-t-elle été craquée en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 6 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours votre peau a-t-elle pelé en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |
| 7 | Au cours de la dernière semaine, pendant combien de jours votre peau était-elle sèche ou rugueuse en raison de votre eczéma? | <input type="checkbox"/> Aucun jour | <input type="checkbox"/> 1-2 jours | <input type="checkbox"/> 3-4 jours | <input type="checkbox"/> 5-6 jours | <input type="checkbox"/> Tous les jours |



Section G- PP-NRS Itch Score / Marque de démangeaison

Sur une échelle de 0 à 10, 0 étant « aucune démangeaison » et 10 étant « pire démangeaison imaginable », comment évaluez-vous vos démangeaisons au pire moment au cours des 24 heures précédentes ? (Numéro de cercle ci-dessous)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Section H - L'index de Qualité de Vie (ou DLQI)

1 Au cours des 7 derniers jours, votre peau vous a-t-elle démangé(e)/gratté(e), fait souffrir ou a-t-elle brûlé(e)?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout

2 Au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti(e) gêné(e) ou complexé(e) par votre problème de peau?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout

3 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour faire vos courses, vous occuper de votre maison ou pour jardiner?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout N/A

4 Au cours des 7 derniers jours, 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 N/A

5 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il affecté vos activités avec les autres ou vos loisirs?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout N/A

6 Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu du mal à faire du sport à cause de votre problème de peau?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout N/A

7 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il complètement empêché(e) de travailler ou d'étudier ?
 Oui Non N/A

Si Non ➤ Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre travail ou dans vos études?
 Beaucoup Un peu Pas du tout

8 Au cours des 7 derniers jours, 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 N/A

9 Au cours des 7 derniers jours, votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile?
 Énormément Beaucoup Un peu Pas du tout N/A

10 Au cours des 7 derniers jours, 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 N/A

Seriez-vous intéressé à participer périodiquement à d'autres sondages? Oui Non

SI OUI ➤ Veuillez fournir une adresse courriel

Merci pour votre temps et avoir une merveilleuse journée! 😊