

## Questionnaire : Impact de la rosacée sur la vie du patient

### Partie à remplir par le dermatologue

#### Symptôme(s) de la rosacée présents chez le patient :

- Flush
- Erythrose
- Couperose
- Papulo-pustules
- Phyma
- Rosacée oculaire

#### Le phototype du patient:

- Phototype I
- Phototype II
- Phototype III
- Phototype IV
- Phototype V
- Phototype VI

#### Le patient souffre-t-il de :

- Migraine
- Thermophobie

#### Traitement(s) en cours ou prévu(s) :

- Traitement médicamenteux
  - o Oral
  - o local
- Laser
- Electrocoagulation

### Partie à remplir par le patient :

#### 1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

#### 2. Votre tranche d'âge :

- 15/25 ans
- 25/35 ans
- 35/45 ans
- 45/65 ans
- +65 ans

3. Quel est votre code postal ? ...

4. A quel âge avez-vous commencé à avoir des signes de rosacée ?  
...

5. A quel âge avez-vous consulté pour la lère fois ?  
...

6. Votre peau est-elle facilement irritée au contact :

6.1. de l'eau

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais

6.2. des produits d'hygiène (savons, lotions, laits....)

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais

6.3. des produits cosmétiques ?

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais

7. Dans votre activité professionnelle êtes-vous exposé aux regards des autres ?

- Oui
- Non

8. Votre rosacée vous gêne-t-elle dans votre vie professionnelle ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

9. Votre rosacée vous gêne-t-elle dans votre vie affective ?

Pas du tout	Très peu	Assez fortement	Enormément

10. Votre rosacée vous gêne-t-elle dans la pratique de vos loisirs ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

11. Avez-vous l'impression que l'on établisse un rapport entre vos rougeurs et votre consommation d'alcool ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

12. Cherchez-vous à dissimuler votre rosacée par le maquillage ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

13. Votre rosacée vous conduit-elle à éviter certains aliments ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

14. Votre rosacée vous empêche-t-elle de vous exposer à certains environnements chauds ou froids (sports d'hiver, plage, hammam, Transports en commun ...) ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

15. Etes-vous inquiet quant à l'évolution de votre maladie ?

Pas du tout	Très peu	Assez fortement	Enormément

16. Estimez-vous que votre rosacée vous rend :

16. a. **Triste**

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

16. b. **Agressif**

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

16. c. **Honteux**

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

17. Avez-vous moins confiance en vous à cause de la rosacée ?

Tout le temps	Très souvent	Parfois	Rarement	Jamais

18. Votre rosacée a-t-elle une répercussion sur votre état de santé global ?

Oui

Non

**Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.**

**Cachet du médecin**