

Indice simplifié du psoriasis Formulaire d'auto-évaluation

ÉTIQUETTE ou
n° de dossier :

Sexe :

Date :

Prénom :

Nom :

Merci de remplir ce questionnaire qui nous permettra de mieux vous comprendre et de mieux comprendre votre psoriasis. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez demander de l'aide à l'infirmière ou au médecin présent. Les questions sont classées en trois parties et nous apportent quelques informations sur l'état actuel de votre psoriasis, sur son impact sur votre vie personnelle et sur son évolution.

Veuillez indiquer comment vous ressentez aujourd'hui votre psoriasis

PARTIE 1A Pour chacune de ces 10 parties du corps, veuillez entourer la proposition qui décrit le mieux votre psoriasis aujourd'hui

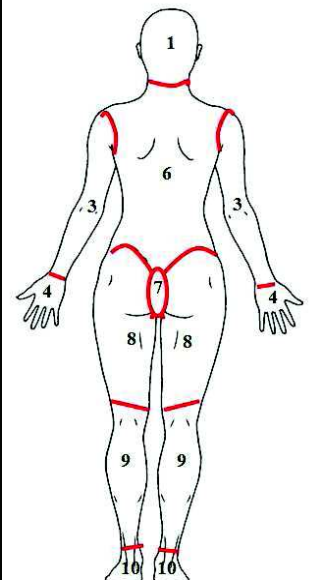
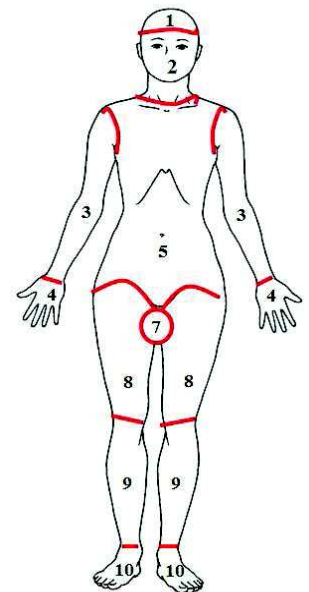
0	±	+
---	---	----------

- | | |
|---|--|
| 0 | Absent ou si faible qu'il ne me gêne pas (0) |
| ± | Manifeste, mais une partie importante de la peau est normale (0,5) |
| + | Étendu, touchant une partie importante de la région atteinte (1,0) |

1	Cuir chevelu et sa lisière	0	±	+
2	Visage, cou et oreilles	0	±	+
3	Bras et aisselles	0	±	+
4	Mains, doigts et ongles des mains*	0	±	+
5	Thorax et abdomen	0	±	+
6	Dos et épaules	0	±	+
7	Région génitale et/ou autour de l'anus	0	±	+
8	Fesses et cuisses	0	±	+
9	Genoux, partie inférieure des jambes et chevilles	0	±	+
10	Pieds, orteils et ongles des orteils*	0	±	+

*PSORIASIS DES ONGLES : même si la peau des mains et des pieds n'est pas atteinte, vous pouvez noter ± pour un psoriasis important touchant au moins 2 ongles des doigts ou des orteils et + s'il touche au moins 6 ongles des doigts ou des orteils.

TOTAL



PRODUIT 1A X 1B

PARTIE 1B Veuillez entourer la proposition qui décrit le mieux l'état général de votre psoriasis aujourd'hui. Votre score doit refléter la sévérité moyenne de votre psoriasis, et non pas seulement celle des régions les plus atteintes.

- | | |
|---|--|
| 0 | Absence de symptômes ou seulement quelques rougeurs ou pigmentations |
| 1 | Légères rougeurs ou présence de squames (peau qui pèle) avec tout au plus de légers épaissements |
| 2 | Présence claire de rougeurs, de squames (peau qui pèle) ou d'épaissements |
| 3 | Présence importante de rougeurs, de squames (peau qui pèle) ou d'épaissements |
| 4 | Présence très prononcée de rougeurs, squames (peau qui pèle) ou d'épaissements |
| 5 | Inflammation intense avec ou sans pustules (collections de pus) |

Vous pourrez avoir accès à des photographies qui vous aideront à évaluer le score de votre psoriasis.

Veuillez tourner la page

PARTIE 2 Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous dans quelle mesure votre psoriasis vous affecte aujourd'hui dans votre vie quotidienne.



Légende : 0 = mon psoriasis ne me gêne pas du tout
 5 = mon psoriasis me gêne moyennement
 10 = mon psoriasis me gêne énormément (je ne peux pas imaginer pire)

PARTIE 3 Veuillez cocher chaque proposition qui vous paraît juste. N'inscrivez rien si vous n'avez pas connaissance du traitement ou si vous n'êtes pas sûr(e) de vous.	Cocher
À propos de votre psoriasis	
J'ai un psoriasis depuis plus de dix ans	
J'ai un psoriasis depuis plus de 20 ans (point supplémentaire)	
J'ai un psoriasis très inflammatoire sur l'ensemble de ma peau (érythrodermique ou pustuleux)	
J'ai déjà été hospitalisé(e) à cause de mon psoriasis	
À propos de votre traitement	
J'ai suivi au moins une cure de traitements par rayons UV ou de PUVA-thérapie	
J'ai été traité(e) par méthotrexate (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par acitrétine (SORIATANE, étrétinate) (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par ciclosporine (NEORAL, SANDIMMUN) (actuellement ou par le passé)	
J'ai été traité(e) par un médicament biologique administré par injection ou par perfusion (actuellement ou par le passé) Les médicaments biologiques comprennent : Remicade/infliximab ; Enbrel/étanercept ; Raptiva/éfalizumab ; Humira/adalimumab ; Stelara/ustékinumab	
J'ai reçu d'autres traitements (comprimés ou injections) pour soigner mon psoriasis (actuellement ou par le passé). Si tel est le cas, vous souvenez-vous du nom du traitement ? Nom du traitement :	
	TOTAL

À remplir par le médecin ou l'infirmière

PARTIE 1
S

SÉVÉRITÉ (0-50)

PARTIE 2
P

PSYCHOSOCIAL (0-10)

PARTIE 3
T

TRAITEMENT (0-10)