

**VOUS ET LA MALADIE DE VERNEUIL**

Ce questionnaire est destiné aux malades atteints d'hydrosadénite suppurée. Il peut toutefois être complété par un membre de son entourage en son nom. Dans ce cas, précisez quel est votre lien avec cette personne (fils, fille, conjoint...) :

Nom et prénom du malade :

Mail :

**1 - LE MALADE :**Sexe : F  M  Date de naissance : / / Fumeur Oui  Non Région : Profession : En activité Oui  Non 

Depuis quelle année êtes-vous atteint(e) ?

A quelle date a été posé le premier diagnostic ?

par quel médecin (généraliste, dermatologue...) ? :

Bénéficiez-vous de la CMU ? Oui  Non Avez-vous une complémentaire santé ? Oui  Non Etes-vous reconnu travailleur handicapé ? Oui  Non 

Bénéficiez-vous actuellement d'une prise en charge en ALD ?

Oui  Non  Si oui, pour quelle durée ?Avez-vous fait plusieurs demandes d'ALD depuis que vous êtes malade ? Oui  Non 

Nombre de demandes :

Nombre de demandes acceptées :

Nombre de demandes refusées avant recours :

Nombre de recours engagés :

Nombre de demandes refusées après recours :

**2 - LA MALADIE :****Quels sont les sites des atteintes dont vous souffrez ou avez souffert ?**Aisselles  Pli inter fessier Aine  Nuque Poitrine  Joues Périnée  Autres, précisez :**En moyenne, quelle est la fréquence des périodes de poussées ?**Permanent  + de 6 fois/an de 2 à 6 fois/ an  Tous les ans Tous les 2 ans  Plus **A quel stade de la maladie êtes-vous actuellement ?**Stade I  Stade II Stade III  Ne sait pas



**3 - LE TRAITEMENT DE LA MALADIE :**

**Quels médecins avez-vous déjà consultés ?**

Généraliste                       Dermatologue

Chirurgien  *précisez (général, viscéral, esthétique...)* :

Rhumatologue                       Gynécologue

Infectiologue                       Hyperbariste

Autres, précisez :

**Avez-vous bénéficié de traitements médicamenteux par voie orale ?**

Oui       Non

*Précisez :*

**Avez-vous bénéficié de traitements médicamenteux par voie topique (cutanée) ?**

Oui       Non

*Précisez :*

**Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?**

Oui       Non

De quel type ?      Incision                      Oui       Non                       Combien ?

                                 Exérèse large                      Oui       Non                       Combien ?

                                 Greffe                                      Oui       Non                       Combien ?

Autres (précisez) :                      Oui       Non                       Combien ?

**Avez-vous été traité par médecine douce ?**      Oui       Non

Si oui, précisez :

**Avez-vous été amené à consulter en dehors de votre région ?** Oui       Non

Si oui, les frais de transport ont-ils été pris en charge ? Oui       Non



**4 - LES SUITES DE TRAITEMENTS :**

**Lors de traitements médicamenteux, avez-vous ressenti des effets indésirables ?**

Oui  Non

*Lesquels :*

**A la suite d'interventions chirurgicales, avez-vous eu besoin de soins infirmiers ?**

Oui  Non

*Durée moyenne (par intervention) :*

**Si vous êtes salarié, avez-vous déjà eu des arrêts maladie ?**

Hors traitement ou intervention chirurgicale : Oui  Non

*Durée moyenne (par an) :*

Suite à des traitements médicamenteux : Oui  Non

*Durée moyenne (par an) :*

Suite à des interventions chirurgicales : Oui  Non

*Durée moyenne (par an) :*

**A la suite de traitements et/ou d'interventions chirurgicales, avez-vous eu besoin de soins paramédicaux ?**

Kinésithérapie : Oui  Non

Médecine hyperbare : Oui  Non

Psychologie/psychiatrie : Oui  Non

Autres (précisez) :

**Si vous avez fait des séances d'oxygénothérapie (médecine hyperbare), avez-vous noté une accélération significative de la cicatrisation ?** Oui  Non



**5 - LA QUALITE DE VIE :**

**Pensez-vous que votre état de santé vous porte préjudice dans votre quotidien ?**

En famille Oui  Non

*Précisez :*

Dans votre environnement social (amis, voisins...) Oui  Non

*Précisez :*

Au travail Oui  Non

*Précisez :*

**Avez-vous informé votre employeur de votre état de santé ?** Oui  Non

*Si non, pourquoi ?*

**Avez-vous informé le médecin du travail de votre état de santé ?** Oui  Non

*Si non, pourquoi ?*

**Avez-vous informé vos collègues de votre état de santé ?** Oui  Non

*Si non, pourquoi ?*

**Avez-vous des pratiques sportives ?** Oui  Non

*Lesquelles ?*

**Avez-vous renoncé à des pratiques sportives à cause de la MV ?** Oui  Non

*Lesquelles ?*

**6 – VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES SUR LA MV :**

Nous vous remercions pour votre participation.



## SOLIDARITE VERNEUIL

173 avenue Barthélemy Buyer – Bat 1 – 69005 LYON – 04 27 89 34 44 – [http : www.solidarite-Verneuil.org](http://www.solidarite-Verneuil.org)

Ce document vous est proposé par l'association Solidarité Verneuil. Les précisions sur le nom du malade sont destinées à éviter les doublons et ne seront pas conservées par l'association lors du traitement des données et toutes les informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 7 janvier 1978, vous avez un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Tout complément d'information et accès à votre questionnaire sont disponibles en appelant le 06 27 44 77 60. Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL à la date du 04/11/2010 sous le numéro 1464100.

Vous pouvez compléter ce formulaire en ligne et le retourner à : [solidarite.verneuil@gmail.com](mailto:solidarite.verneuil@gmail.com) ou l'imprimer et le compléter au stylo pour nous l'expédier par voie postale à :

**Solidarité Verneuil - 173 avenue Barthélémy Buyer - Bat 1 Esc 1 - 69005 Lyon**

En complétant ce formulaire, j'autorise Solidarité Verneuil à en exploiter le contenu à l'exception de mes nom et prénom que Solidarité Verneuil s'engage à ne pas conserver en regard des réponses apportées.

Date    /    /