

QUESTIONNAIRE SUR L'ECZÉMA DE CONTACT

Date : _____ Nom : _____ Âge : _____

N° de téléphone à domicile : _____ N° de tél. au travail : _____

Profession/Poste occupé : _____

Nom de votre employeur/société : _____

Nom de votre médecin traitant : _____

Date (approximative) d'apparition de l'éruption : _____

Partie du corps affectée/siège de l'éruption : Visage Paupières Cou
 Cuir chevelu Mains Aisselles Bras Pieds Jambes Poitrine
 Dos Abdomen Organes génitaux Autre : _____

Antécédents : Eczéma Rhinite (rhume des foins/phanères animaux) Asthme

Antécédents familiaux : Eczéma Rhinite (rhume des foins/phanères animaux)
 Asthme

Allergies antérieures : Produits de beauté Écran solaire Caoutchouc
 Médicaments — Préciser : _____
 Bijoux/montres — Préciser : _____
 Métaux — Préciser : _____
 Aliments — Préciser : _____
 Plantes — Préciser : _____

L'éruption s'aggrave-t-elle à la lumière du jour ou lorsque vous êtes en plein air?

Oui Non

Veillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement :

Veillez énumérer les remèdes naturels ou à base de plantes (à prise orale ou topiques) et les suppléments de vitamines que vous prenez :

Avez-vous déjà passé un test épicutané (sous forme de timbre)? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

1. Quand _____

2. Quels tests se sont avérés positifs? _____

Traitement d'une affection cutanée courante? _____

Vos congés ont-ils des répercussions sur vos éruptions cutanées?

- Fin de semaine Amélioration Stabilité Aggravation
Vacances (1-3 semaines) Amélioration Stabilité Aggravation

Quels sports pratiquez-vous?

- Golf Tennis Natation Course Randonnée
 Patinage sur glace Équitation Danse Vélo
 Autres : _____

L'équipement sportif que vous portez ou utilisez entre-t-il en contact avec la région affectée de votre peau? Veuillez préciser :

Avez-vous des loisirs?

- Photographie Travail du bois Travail d'atelier Cuisine
 Jardinage Peinture Art/sculpture
 Autres : _____

Habitudes personnelles :

Fréquence du lavage des mains, type de savon _____
Fréquence des bains, type de savon _____

Si votre éruption affecte le visage ou les paupières, veuillez préciser si vous utilisez :

Des produits de beauté/du maquillage _____
Du parfum/de l'eau de Cologne _____
De la crème à raser _____
Des teintures/agents de blanchiment des cheveux _____
Du vernis à ongles, produits de beauté pour les ongles _____
Des produits hydratants _____
Des produits pour les yeux, lentilles oculaires _____
De l'aromathérapie/encens _____

Si votre éruption affecte le corps ou les aisselles, veuillez préciser si vous utilisez :

Des déodorants/savons _____
Fréquence d'utilisation des détergents à lessive, leur marque _____
Uniforme de travail, type et couleur de tissus _____
Lotions/crèmes corporelles ou parfum _____
Huiles/lotions corporelles de massage _____

Si votre éruption affecte les mains, veuillez préciser si vous utilisez :

Des produits hydratants _____
Des gants — Quel type? _____

Avez-vous d'autres maladies de la peau? _____

Êtes-vous actuellement en congé de maladie à cause de votre affection cutanée?

- Oui Non Pour combien de temps? _____