

Hidradénite suppurée  
**Questionnaire médical pré-consultation**

Date : \_\_\_\_\_  
(jj-mmm-aaaa)

« Avez-vous eu des poussées de furoncles / bosses / nodules / abcès pendant les six derniers mois avec au moins deux lésions dans un des endroits suivants : aisselles, aines, parties génitales, sous les seins, fesses, abdomen. »

- OUI**  → **Veillez répondre au reste du questionnaire**  
**NON**  → **Vous n'avez pas à remplir le questionnaire pour le moment**

*Merci de remplir ce questionnaire avant votre rendez-vous. Cela nous aidera à mieux vous connaître et mieux préciser votre maladie. Si une question ne vous semble pas claire, passer à la suivante et nous pourrons y revenir lors de notre rencontre.*

Nom et prénom :		
Date de naissance :		(âge : _____)
Sexe : F M Autre _____	Poids :	Taille :
Emploi :		
Avez-vous des allergies? Oui Non Si oui, précisez : _____		
Êtes-vous enceinte? Oui Non Non applicable		
Fumez-vous la cigarette? Oui Non Si oui, précisez :		
• Nombre de cigarettes par jour : _____		
• Depuis quand fumez-vous ? : _____		
Consommez-vous de l'alcool? Oui Non Si oui, précisez :		
• Nombre de consommations par semaine : _____		
Consommez-vous des drogues? Oui Non		
Si oui, lesquelles : _____		
Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels sur une base régulière? Oui Non		

Si oui, veuillez inscrire le nom des médicaments et la dose :

- |         |         |
|---------|---------|
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ |

Prenez-vous des médicaments au besoin pour la douleur (Tylenol, Advil, Morphine ou autre analgésique?) Oui Non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu l'un des diagnostics suivants?

Hypertension artérielle (Haute pression)	Dyslipidémie (Cholestérol)	Diabète
<p>Maladie inflammatoire de l'intestin</p> <p>Si oui, précisez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Crohn</li> <li>○ Colite ulcéreuse</li> <li>○ Autre _____</li> </ul>	<p>Dépression</p> <p>Anxiété</p> <p>Autre trouble psychiatrique</p> <p>Précisez : _____</p>	<p>Cancer de peau Précisez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Carcinome spinocellulaire</li> <li>○ Carcinome basocellulaire</li> <li>○ Mélanome</li> <li>○ Autre _____</li> </ul> <p>⇒ Précisez le site : _____</p>
Kyste pilonidal (petit trou au dessus des fesses)	Cellulite disséquante du cuir chevelu	Syndrome des ovaires polykystiques
Acné	Psoriasis	Pyoderma gangrenosum

Arthrite Si oui, précisez :

Polyarthrite rhumatoïde Spondylite ankylosante Arthrite pyogénique Autre \_\_\_\_\_

Êtes-vous connu pour d'autres problèmes de santé non mentionnés dans la section précédente? Oui Non Si oui, précisez :

- |         |         |         |
|---------|---------|---------|
| ▪ _____ | ▪ _____ | ▪ _____ |
| ▪ _____ | ▪ _____ | ▪ _____ |

Si vous êtes une femme,

- Vos cycles menstruels sont-ils réguliers? Oui Non
- Avez-vous déjà eu des problèmes d'infertilité? Oui Non

Avez-vous déjà été opéré dans le passé? Oui Non

Si oui, précisez les chirurgies et l'année :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Plus précisément,

⇒ Avez-vous déjà eu une chirurgie pour un kyste pilonidal? Oui Non

⇒ Avez-vous déjà eu une chirurgie (incision/drainage ou exérèse) pour un kyste ou un abcès? Oui Non

- Si oui, précisez la localisation \_\_\_\_\_

Dans votre famille, y a-t-il des problèmes de santé connus? Oui Non

Si oui, précisez le problème de santé et le membre de la famille atteint :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **Histoire de la maladie**

- Quand avez-vous commencé à faire des nodules / abcès / kystes / « furoncles » / « clous » ? \_\_\_\_\_

- Cochez tous les types de lésions que vous avez actuellement ou avez déjà eu dans le passé :

Papules (*petits « boutons » sans pus*)

Pustules (*petits « boutons » avec pus*)

Nodules (*bosses dures*)

Abcès (*bosse rouge avec écoulement de pus*)

Tractus sinueux (*petits trous ou tunnels, qui coulent ou non*)

Comédons (*points noirs*)

Cicatrices

- Indiquez les régions atteintes (cochez):

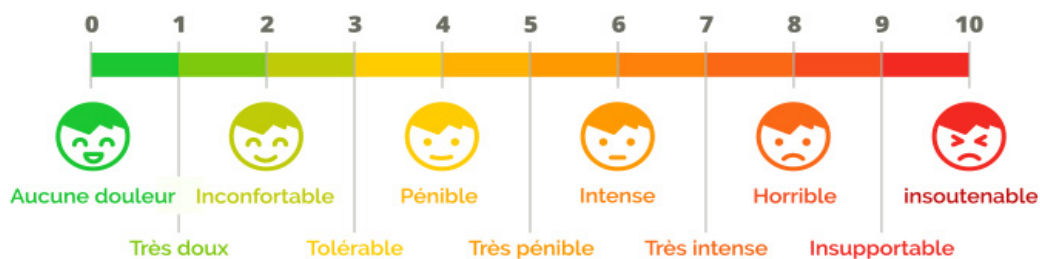
Aisselles Aines Organes génitaux Pubis Fesses Périnée Seins

Pli inframammaire (sous les seins) Pli interfessier (entre les fesses)

Région péri-anales (autour de l'anus) Bas du ventre

Autre : \_\_\_\_\_

- Y a-t-il présence d'écoulements (suintement, sang, pus) ? Oui Non  
 ⇒ Si oui, utilisez-vous des pansements / gazes / serviettes sanitaires ou autre matériel absorbant ? Oui Non Précisez \_\_\_\_\_
- Y a-t-il présence d'odeur désagréable ? Oui Non
- Les lésions sont-elles constantes (continues) ou surviennent par périodes de poussées (crises) ? Constantes Poussées → Précisez :
  - Durée des poussées : \_\_\_\_\_
  - Nombre de poussées dans les 6 derniers mois : \_\_\_\_\_
- Sur une échelle de 0 à 10, indiquez le niveau de douleur maximale associée aux lésions :



- Avez-vous remarqué des facteurs qui déclenchent ou aggravent les lésions? Oui Non Si oui, précisez :
 

Menstruations Activité physique Sudation Chaleur Rasage

Friction / frottement Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà reçu des traitements pour cette maladie ?    Oui    Non

Si oui, cochez et précisez le nom du médicament ou du produit (au besoin) ainsi que la date, la durée et l'efficacité du traitement :

Traitement à application locale (savon antiseptique, crème, lotion) \_\_\_\_\_

Antibiotiques (en comprimés ou intraveineux) \_\_\_\_\_

Cortisone en comprimés \_\_\_\_\_

Cortisone en injections \_\_\_\_\_

Contraceptifs oraux \_\_\_\_\_

Accutane (Isotrétinoïne) \_\_\_\_\_

Laser \_\_\_\_\_

Chirurgie (drainage, marsupialisation ou autre) \_\_\_\_\_

Autre (précisez) \_\_\_\_\_

### **Revue des systèmes**

Avez-vous souvent mal au ventre?    Oui    Non

Avez-vous souvent de la diarrhée?    Oui    Non

Avez-vous déjà remarqué du sang dans vos selles?    Oui    Non

Avez-vous des douleurs dans les articulations avec sensation de raideur le matin?

Oui    Non    Si oui, précisez dans quelle(s) articulation(s) : \_\_\_\_\_

Avez-vous des gonflements dans les articulations?    Oui    Non

Si oui, précisez dans quelle(s) articulation(s) : \_\_\_\_\_

Vous arrive-t-il de ressentir des douleurs thoraciques à l'effort?    Oui    Non

### **Impact de l'hidradénite suppurée**

Est-ce que les lésions et la douleur vous limitent dans vos mouvements (ex : difficulté à lever les bras ou bouger les jambes aisément) ?    Oui    Non

Est-ce que la maladie perturbe votre sommeil ?    Oui    Non

Est-ce que votre maladie a un impact négatif sur le plan :

- Social (ex : isolement, éviter certaines sorties ou rencontres) ? Oui Non
- Relationnel (ex : relation de couple) ? Oui Non
- Sexuel ? Oui Non
- Professionnel (au travail) ? Oui Non
- Psychologique (tristesse, anxiété, dépression) ? Oui Non

*Apportez ce questionnaire avec vous lors de votre rendez-vous en dermatologie.  
Merci de votre collaboration!*

*...et n'oubliez pas : l'hidradénite suppurée n'est pas une infection, n'est pas contagieuse et n'est pas causée par un problème d'hygiène. Vous n'êtes pas personnellement responsable de ce qui vous arrive.*