

Indice simplifié du psoriasis

Date :

Formulaire d'auto-évaluation (saSPI)

ÉTIQUETTE
ou n° de dossier :

Sexe :

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.

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

0	±	<input checked="" type="radio"/>
---	---	----------------------------------

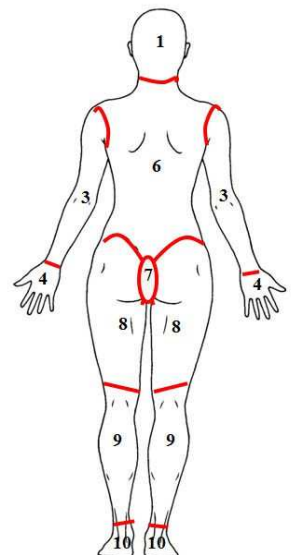
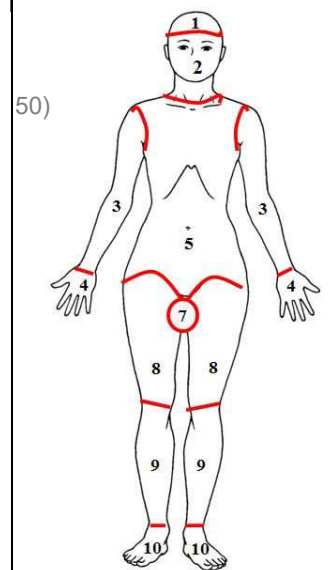
- | | |
|---|---|
| 0 | Absent ou si faible qu'il ne me gêne pas (0) |
| ± | Manifeste, mais une partie importante de la peau est normale (0,5) |
| + | Étendue, touchant une partie importante de la région atteinte (1,0) |

		0	½	1
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	±	+

* 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.

1A

TOTAL



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 ou d'épaissements |
| 3 | Présence importante de rougeurs, de squames ou d'épaissements |
| 4 | Présence très prononcée de rougeurs, squames ou d'épaissements |
| 5 | Présence très prononcée de rougeurs, squames ou d'épaissements |

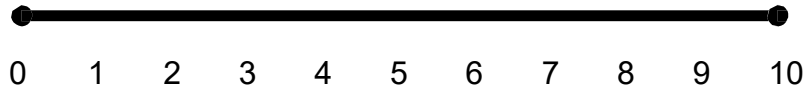
Score moyen de la sévérité : maximum de 5 points

1B

saSPI-s
(1A X 1B)

saSPI-s (produit de l'étendue et de la sévérité actuelle) = 1A x 1B (max. 50)

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



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.

(SPI-i)
 Cocher

À propos de votre psoriasis *maximum 4 points*

J'ai un psoriasis depuis plus de dix ans

Mon psoriasis a commencé avant mes 10 ans et / ou plus il y a 20 ans

J'ai un psoriasis très inflammatoire sur l'ensemble de ma peau (érythrodermique ou pustuleux)

Un rhumatologue a confirmé que j'ai une arthrite psoriasique

À propos de votre traitement *maximum 6 points*

Combien de traitements différents pour votre psoriasis (autres que les crèmes etc.) avez-vous reçu?

Traitements par rayons UV (UVB et/ou Puvathérapie) *maximum 1 point*

Traitements par voie orale ou par injection (1 point pour chaque agent) *maximum 5 points*

n°

Résumé des traitements reçus (facultatif) *

Veuillez cocher chaque traitement que vous avez déjà reçu. Si un traitement n'est pas listé, ajoutez-le. *Veuillez demander au médecin ou à l'infirmière en cas de doute.*

TOTAL

<input type="checkbox"/> Acitrétine	<input type="checkbox"/> Sécukinumab	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Méthotrexate	<input type="checkbox"/> Ustékinumab	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infliximab	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/> "	"	<input type="checkbox"/>

Veuillez saisir les scores de chaque partie

Entrez le nombre entier le plus proche

Si aucun changement de détails, transfert score de l'enregistrement SPI-i précédent

saSPI-s

SPI-p

saSPI-i

SÉVÉRITÉ (0-50)

PSYCHOSOCIAL (0-10)

INTERVENTIONS (0-10)

#