

# ColiveVoice



BY LUXEMBOURG INSTITUTE OF HEALTH

## Questionnaires

### SOMMAIRE

Caractéristiques de référence.....	2
Symptômes.....	4
Médicaments .....	7
Cancer.....	10
Diabètes.....	11
Covid-19.....	13
Sclérose en plaques.....	14
Maladie de Crohn.....	15
Colique Ulcération.....	18

## Caractéristiques de référence

Dans quel pays résidez-vous ?	Liste des pays par ordre alphabétique
Quelle est votre langue maternelle ?	"Anglais", "Français", "Allemand", "Luxembourgeois", "Espagnol", "Arabe", "Bengali", "Chinois (mandarin, wu)", "Hindi", "Italien", "Japonais", "Coréen", "Portugais", "Russe", "Autre"
Quel âge avez-vous?	15-120
Quel est votre sexe ?	"Masculin", "Féminin", "Autre"
Veillez indiquer si vous souhaitez répondre en kg/cm ou en lbs/feet.	"kg/cm", "lbs/feet"
Quel est votre poids en kg ? / Quel est votre poids en lbs ?	40-200 / 88-440
Avez-vous perdu du poids involontairement au cours des 3 derniers mois ?	"Oui", "Non"
Quelle est votre taille en cm ? / Quelle est votre taille en feet ?	120-220 / -
Quel est le diplôme ou le niveau d'études le plus élevé que vous ayez atteint ?	"Niveau brevet des collèges ou moins", "Niveau baccalaurat", "Licence", "Master", "Doctorat ou diplôme supérieur", "Préfère ne pas le dire"
Quel groupe ethnique vous représenterait le mieux ?	"Blanc/Caucasien", "Asiatique", "Noir/Africain/Antillais", "Arabe", "Groupe ethnique mixte/multiple", "Hispanique/Latino", "Autre", "Je ne sais pas"
Quels sont votre groupe sanguin et votre rhésus ?	"O+", "O-", "A+", "A-", "B+", "B-", "AB+", "AB-", "Je ne sais pas"
Fumez-vous actuellement du tabac ?	"Quotidiennement", "Pas tous les jours", "Pas du tout"
Dans le passé, avez-vous fumé du tabac ?	"Quotidiennement", "Pas tous les jours", "Pas du tout"
Avez-vous fumé du tabac quotidiennement par le passé ?	"Oui", "Non"
En moyenne, combien de cigarettes (ou de pipes, de cigares, de cigarillos, de kreteks, de séances de narguilé) fumez-vous actuellement chaque jour ?	0-50
Au cours des 12 derniers mois :	
À quelle fréquence avez-vous eu l'habitude de boire une boisson contenant de l'alcool ? Par boisson, nous entendons 250 ml de bière ou de panaché, 125 ml de vin ou une boisson contenant 1 dose d'alcool.	"Chaque jour", "5 à 6 fois par semaine", "3 à 4 fois par semaine", "Deux fois par semaine", "Une fois par semaine", "2 à 3 fois par mois", "Une fois par mois", "3 à 11 fois au cours de l'année écoulée", "1 ou 2 fois au cours de l'année écoulée", "Jamais"
Combien de boissons alcoolisées avez-vous consommées lors d'une journée normale où vous avez bu de l'alcool ?	0-50

À quelle fréquence avez-vous consommé 5 boissons ou plus (hommes) ou 4 boissons ou plus (femmes) contenant de l'alcool, quel qu'il soit, sur une période de deux heures ?

"Chaque jour", "5 à 6 fois par semaine", "3 à 4 fois par semaine", "Deux fois par semaine", "Une fois par semaine", "2 à 3 fois par mois", "Une fois par mois", "3 à 11 fois au cours de l'année écoulée", "1 ou 2 fois au cours de l'année écoulée", "Jamais"

## Symptômes

Veillez évaluer l'intensité de votre douleur maintenant. De Pas de douleur (0) à La pire douleur que vous puissiez imaginer (10)	0-10
Avez-vous ressenti une douleur ou une gêne dans la poitrine aujourd'hui ?	"Oui", "Non"
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre transit intestinal ?	"Normal", "Diarrhée", "Constipation", "Alternance diarrhée/constipation"
Avez-vous de la fièvre ? (température corporelle supérieure à 38°C ou 100,4°F)	"Oui", "Non"
Avez-vous régulièrement des maux de tête ou des migraines ?	"Oui", "Non"
Avez-vous mal à la gorge ?	"Oui", "Non"
Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des difficultés à marcher ?	"Oui", "Non"
Veillez noter toutes les émotions sur la liste qui représentent le mieux comment vous vous sentez en ce moment.	"Amour", "Joie", "Surprise", "Colère", "Tristesse", "Peur", "Neutre"
Le stress désigne une situation dans laquelle une personne se sent tendue, agitée, nerveuse ou anxieuse ou est incapable de dormir la nuit parce que son esprit est constamment perturbé. Ressentez-vous ce type de stress actuellement ?	"Pas du tout", "Un peu", "D'une certaine façon", "Assez, oui", "Beaucoup"
<b>Échelle de sévérité de la fatigue</b>	
Je me sens moins motivé du fait de la fatigue.	"Pas du tout d'accord", "Pas d'accord", "Pas vraiment d'accord", "Ni d'accord ni en désaccord", "Plutôt d'accord", "D'accord", "Tout à fait d'accord"
L'exercice physique est pour moi source de fatigue	
Je suis facilement fatigué(e)	
La fatigue interfère avec mon activité physique	
La fatigue est souvent un problème pour moi	
Ma fatigue m'empêche de réaliser des tâches physiques soutenues et prolongées	
Ma fatigue interfère avec mes facultés pour la réalisation de certaines activités et responsabilités	
La fatigue fait partie de mes trois symptômes les plus gênants	
Ma fatigue interfère avec mon travail, ma famille ou ma vie sociale	
<b>Indice de bien-être de l'OMS</b>	
Ces deux dernières semaines,	
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	"Tout le temps", "La plupart du temps", "Plus de la moitié du temps", "Moins de la moitié du temps", "De temps en temps", "Jamais"
Je me suis senti(e) calme et tranquille	
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	
Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)	
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	

**PHQ-9 Questionnaire**

Selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ?

Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop ?

Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie ?

Avoir peu d'appétit ou manger trop ?

Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même ?

Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?

Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude

Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre ?

"Jamais", "Plusieurs jours", "Plus de la moitié du temps", "Presque tous les jours"

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre toux pendant la journée ?

"Aucune toux", "Une toux passagère occasionnelle pendant la journée", "Une toux fréquente affectant légèrement ma vie quotidienne", "Une toux fréquente affectant gravement ma vie quotidienne"

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre toux pendant la nuit ?

"Aucune toux", "Une toux passagère avant le sommeil ou une toux occasionnelle pendant la nuit", "Une toux affectant légèrement mon sommeil nocturne", "Une toux affectant gravement mon sommeil nocturne"

**VQ11 Questionnaire sur la qualité de vie respiratoire**

Je souffre de mon essoufflement

Je me fais du souci pour mon état respiratoire

Je me sens incompris(e) par mon entourage

Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais

Je suis somnolent(e) dans la journée

Je me sens incapable de réaliser mes projets

Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne

Physiquement, je suis insatisfait(e) de ce que je peux faire

"Pas du tout", "Un peu", "Moyennement", "Beaucoup", "Extrêmement"

Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale	
Je me sens triste	
Mon état respiratoire limite ma vie affective	
<b>REM Questionnaire de dépistage des troubles du comportement au cours du sommeil</b>	
Je fais parfois des rêves d'apparence très réelle	"Oui", "Non"
Le contenu de mes rêves est souvent agressif ou riche en action	
Mes mouvements la nuit correspondent, en général, au contenu de mes rêves.	
Je sais que mes bras ou mes jambes bougent lorsque je dors	
Il est ainsi arrivé que je blesse (presque) la personne qui dort à côté de moi ou moi-même	
J'ai ou j'ai eu les comportements suivants pendant mes rêves : parler, crier, jurer, rire bruyamment	
J'ai ou j'ai eu les comportements suivants pendant mes rêves : mouvements brusques des membres, « combats »	
J'ai ou j'ai eu les comportements suivants pendant mes rêves : des gestes, des mouvements complexes qui sont inutiles pendant le sommeil, par exemple pour agiter la main, saluer, chasser les moustiques, tomber du lit	
J'ai ou j'ai eu les comportements suivants pendant mes rêves : j'ai fait tomber des objets autour du lit, par exemple : lampe de chevet, livre, lunettes	
Il arrive que mes mouvements me réveillent	
Après le réveil, je me souviens généralement bien du contenu de mes rêves.	
Mon sommeil est souvent perturbé	
J'ai/j'ai eu une maladie du système nerveux (p. ex. accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, maladie de Parkinson, syndrome des jambes sans repos, narcolepsie, dépression, épilepsie, maladie inflammatoire du cerveau)	

## Médicaments

Prenez-vous des médicaments (à l'exception de la contraception) plus de trois fois par semaine?	"Oui", "Non"
<b>Prenez-vous actuellement :</b>	
Paracétamol	"Oui", "Non"
Ibuprofène	
Codéine	
Morphine ou médicaments dérivés de la morphine	
Médicaments contre le cholestérol	
Médicaments pour le diabète (comprimés ou insuline)	
Médicaments contre l'hypertension	
Médicaments inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	
Médicaments pour traiter l'anxiété ou la dépression	
Médicaments anti reflux	
Médicaments contre les maux de gorge	
Traitement des troubles de la thyroïde	
Corticostéroïdes (p. ex. de la prednisone)	
Antibiotiques	
Myorelaxants	
Décongestionnants	
Diurétiques	
Agents antidiarrhéiques (lopéramide, Imodium)	
Antihistaminiques	
Anticholinergiques	
De fortes doses de vitamine C (plus de cinq grammes par jour ?)	
Anticoagulants	
Traitement hormonal (contraception, ménopause, ... ), hors traitement anticancéreux	
Veuillez préciser le type de traitement	"Traitement œstroprogestatif", "Traitement œstrogénique", "Traitement progestatif", "Je ne sais pas", "Autre"

## Liste des pathologies

Avez-vous déjà été diagnostiqué avec une ou plusieurs des maladies suivantes ?	
Infarctus/Crise cardiaque	"Oui", "Non"
Insuffisance cardiaque congestive	
Maladie coronarienne	
Angine de poitrine	
Hypertension	
Diabète	
Maladie thyroïdienne	
Maladie rénale chronique	
Allergie (acariens, pollen, nourriture, animaux domestiques, etc.)	
Emphysème	
Bronchite chronique	
Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	
Asthme	
Cancer	
Grippe	
Paludisme	
Tuberculose	
COVID-19	
Zika	
Bronchite ou pneumonie	
Goutte	
Hépatite	
Maladie de Crohn	
Migraine	
Rectocolite hémorragique	
Polyarthrite rhumatoïde ou lupus systémique (LS)	
Sclérose en plaques	
Epilepsie	
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	
Narcolepsie	
Maladie de Parkinson	
Accident vasculaire cérébral	
Laryngite	

Lésion non cancéreuse des cordes vocales (polype, nodule, kyste)	
Reflux laryngo-pharyngé	
Leucoplasie	
Dépression	

# Cancer

**Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)**

De quel type de cancer s'agissait-il ?	"Vessie", "Sang", "Os", "Cerveau", "Sein", "Col de l'utérus", "Colon", "Œsophage", "Vésicule biliaire", "Rein", "Larynx", "Leucémie", "Foie", "Poumon", "Lymphome", "Mélanome", "Bouche", "Système nerveux", "Ovaire", "Pancréas", "Prostate", "Rectum", "Peau (sauf mélanome)", "Tissus mous", "Estomac", "Testicules", "Thyroïde", "Utérus", "Autre"
Quel âge aviez-vous lorsque le cancer vous a été diagnostiqué ?	1-âge actuel
Êtes-vous actuellement en traitement anticancéreux ?	"Oui", "Non"
Quel type de traitement contre le cancer avez-vous reçu ou suivez-vous actuellement? (Plusieurs réponses possibles)	"Chirurgie", "Chimiothérapie", "Immunothérapie", "Radiothérapie", "Hormonothérapie", "Autre"
Quel type de cancer du poumon vous a-t-on diagnostiqué ?	"Cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC)", "Cancer du poumon à petites cellules (CPPC)", "Je ne suis pas sûr(e)"
Quand le cancer du poumon vous a-t-il été diagnostiqué ?	"Il y a moins d'un an", "Il y a 1 an à 2 ans", "Il y a 2 ans à 5 ans", "Il y a plus de 5 ans", "Je ne suis pas sûr(e)"
À quel stade avez-vous été diagnostiqué(e) ?	"CPNPC stade I", "CPNPC stade II", "CPNPC stade III", "CPNPC stade IV", "CPNPC stade limité", "CPNPC stade étendu", "Je ne suis pas sûr(e)"
Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre état actuel ?	"Mon stade est resté le même", "Mon stade a progressé", "Je n'ai plus de cancer", "Je ne suis pas sûr(e)"

# Diabète

**Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)**

Quel type de diabète avez-vous ?	"Type 1", "Type 2", "Gestationnel", "LADA", "MODY", "Autre ", "Ne sais pas"
Quel âge aviez-vous lorsque le diabète vous a été diagnostiqué ?	1-âge actuel
Prenez-vous des comprimés pour traiter votre diabète ?	"Oui", "Non"
Utilisez-vous de l'insuline pour traiter votre diabète ?	"Oui", "Non"
Comment utilisez-vous l'insuline ?	"J'utilise une pompe à insuline", "J'utilise un stylo à insuline", "Autre"
Quel est votre résultat le plus récent d'HbA1c (%) ?	3-20
Utilisez-vous un appareil de mesure du glucose en continu ou flash ?	"Oui", "Non"
Pouvez-vous lire votre glycémie maintenant et indiquer sa valeur ici ? (en mmol/l ou mg/dl)	0-500
Pouvez-vous lire votre Glucose Management Indicator (GMI) - HbA1c estimée - maintenant et indiquer la valeur ici ? (%)	3-20
Pouvez-vous lire votre TIR (time in range ou temps dans la cible, entre 70 et 180 mg/dl) maintenant et l'indiquer ici ? (%)	0-100
Y a-t-il d'autres personnes dans votre famille (parents, frères et sœurs, enfants) ayant du diabète ?	"Oui", "Non"
<b>PAID-20 Questionnaire</b>	
Quels situations suivantes liées au diabète sont problématiques pour vous ?	
Ne pas avoir d'objectifs clairs et concrets dans le traitement de son diabète	"N'est pas un problème", "Est un problème mineur", "Est un problème modéré", "Est un problème assez sérieux", "Est un problème sérieux"
Etre découragé par son traitement	
Avoir peur de vivre avec le diabète	
Vivre des situations inconfortables liées au diabète (p. ex., quelqu'un qui vous dit quoi manger)	
La sensation de privation de nourriture pendant, ou entre les repas.	
Etre déprimé par le fait de devoir vivre avec un diabète	
Ne pas savoir si ses émotions et ses humeurs sont liées au diabète	

Se sentir accablé par le diabète	
S'inquiéter de ses réactions en cas d'hypoglycémie	
Etre énervé par le fait de devoir vivre avec un diabète	
Penser constamment à la nourriture ou à manger	
S'inquiéter du futur et de la possibilité de complications	
Ressentir de l'anxiété ou de la culpabilité à la suite d'un écart	
Ne pas accepter son diabète	
Etre insatisfait de son diabétologue	
Avoir l'impression que le diabète absorbe trop d'énergie de son mental et de son corps chaque jour	
Se sentir seul avec son diabète	
Avoir l'impression que ses amis et sa famille ne soutiennent pas assez ses efforts	
Devoir gérer des complications liées au diabète	
Se sentir épuisé par l'effort constant demandé par le traitement du diabète	

## Covid-19

**Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)**

Quand avez-vous été testé(e) positif/positive à la Covid-19 ?	"Dans les sept derniers jours", "Dans les trois dernières semaines", "Il y a plus de trois semaines"
Êtes-vous à domicile ou hospitalisé(e) ?	"A domicile", "Hospitalisé(e)", "Autre"
Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?	"Je me sens bien", "Je suis fatigué", "Je me sens mal"
Dormez-vous bien ?	"Oui", "Non"
Avez-vous une forte diminution ou une perte du goût et de l'odorat ?	
Avez-vous des tremblements dans les mains ou les membres ?	
Avez-vous mal à l'oreille ?	
Avez-vous des sensations de picotements / fourmillements / engourdissement au niveau des membres ou de la peau ?	
Avez-vous constaté une apparition soudaine d'éruptions cutanées sur les mains ou les pieds (par exemple engelures, rougeur persistante parfois douloureuse, urticaire transitoire) ?	
Avez-vous constaté l'apparition de conjonctivite ou de douleur au niveau des yeux (rougeur persistante du blanc de l'oeil, démangeaisons des paupières, sensations de picotements, brûlures, larmolements fréquents) ?	

## Sclérose en plaques

**Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)**

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez reçu le diagnostic de sclérose en plaques ?	1-âge actuel
---	--------------

# Maladie de Crohn

**Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)**

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez reçu le diagnostic de la maladie de Crohn ?	1-âge actuel
<b>IBD Questionnaire Court</b>	
À quelle fréquence la sensation de fatigue ou d'épuisement a-t-elle été un problème pour vous au cours des 2 dernières semaines ?	"Tout le temps", "Presque tout le temps", "Assez souvent", "Parfois", "Rarement", "Très rarement", "Jamais"
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous dû retarder ou annuler une sortie avec des amis, de la famille, etc. en raison de vos problèmes intestinaux ?	
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu des difficultés à pratiquer les activités sportives ou de loisirs que vous auriez aimé faire, à cause de vos problèmes intestinaux ?	
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu mal au ventre ?	
À quelle fréquence, au cours des 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou découragé(e) ?	
Au cours des deux dernières semaines, le fait d'évacuer beaucoup de gaz intestinaux a-t-il été un problème pour vous ?	
Globalement, au cours des deux dernières semaines, le fait de maintenir ou d'atteindre le poids que vous souhaitez avoir a-t-il été un problème pour vous ?	
Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) détendu(e) et décontracté(e) ?	
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été gêné(e) par la sensation d'avoir à aller aux toilettes alors que vos intestins étaient vides ?	
Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous éprouvé du ressentiment à cause de vos problèmes intestinaux ?	
<b>Index Harvey-Bradshaw</b>	
Comment vous êtes-vous senti(e) au cours des sept derniers jours ?	"Bien", "Légèrement moins bien que la moyenne", "Mal", "Très mal", "Terriblement mal"
Comment définiriez-vous les douleurs abdominales que vous subissez actuellement ?	"Aucune", "Légère", "Modérée", "Sévère"

Au cours de la semaine dernière, combien de selles liquides ou molles avez-vous eues chaque jour ?	NA
Remarquez-vous une masse abdominale ?	"Oui", "Peut-être", "Non"
Présentez-vous l'une de ces complications ?	"Arthrite ou arthralgie", "Iridite ou uvéite", "Erythème noueux, pyoderma gangrenosum ou stomatite aphteuse", "Fissure, fistule ou abcès anal", "Autre fistule", "Température au-dessus de 37,8°C au cours de la dernière semaine"
Prenez-vous actuellement d'autres anti-inflammatoires tels que les aminosalicylés (sulfasalazine (Azulfidine) ou la mésalamine (Asacol HD, Delzicol) ?	"Oui", "Non"
Prenez-vous actuellement des immunosuppresseurs tels que l'azathioprine (Azasan, Imuran) ou la mercaptopurine (Purinethol, Purixan) ?	
Prenez-vous actuellement d'autres immunosuppresseurs comme le méthotrexate (Trexall) ?	
Prenez-vous actuellement des médicaments biologiques comme l'infliximab (Remicade), l'adalimumab (Humira), le golimumab (Simponi) ou le vedolizumab (Entyvio) ?	
Prenez-vous actuellement des antibiotiques comme la ciprofloxacine (Cipro) et le métronidazole (Flagyl) ?	

## Colite ulcérate

Questionnaires de niveau 2 (questionnaires affichés uniquement si les maladies correspondantes sont déclarées par le participant)

Quel âge aviez-vous lorsque le diagnostic de rectocolite hémorragique vous a été posé ?	1-âge actuel
<b>Indice d'activité de la colite clinique simple modifié par le patient (SCCAI)</b>	
Combien de fois en moyenne par jour (24 heures) avez-vous utilisé les toilettes pour déféquer la semaine dernière ? Les écoulements de sang et de mucus sont également considérés comme une défécation.	"0 à 3 fois", "4 à 6 fois", "7 à 9 fois", "Plus de 9 fois"
Combien de fois en moyenne par nuit êtes-vous sorti(e) de votre lit pour utiliser les toilettes la semaine dernière ?	"Jamais", "1 à 3", "Plus de 3"
Au cours de la semaine dernière, avez-vous été capable de retenir vos selles pendant 15 minutes ou plus, lorsque vous avez ressenti l'envie d'utiliser les toilettes ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, avez-vous dû adapter vos activités pour vous assurer qu'il y avait des toilettes à proximité ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, avez-vous trouvé des traces de selles dans vos sous-vêtements ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, combien de fois avez-vous vu du sang dans vos selles ?	"Jamais", "Beaucoup moins que la moitié des fois", "Un peu moins de la moitié des fois", "Plus de la moitié des fois"
Si vous deviez évaluer votre bien-être général au cours de la semaine dernière en lui donnant un chiffre, lequel choisiriez-vous ? De Très mauvais (0) à Parfait (10)	1-10
Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti des douleurs articulaires qui étaient pires au repos qu'après une activité physique ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, vos articulations étaient-elles rouges ou gonflées ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, vous êtes-vous déjà réveillé(e) à la suite de douleurs articulaires ?	"Oui", "Non", "Je ne sais pas"
Au cours de la semaine dernière, avez-vous souffert d'une maladie cutanée diagnostiquée comme étant un érythème noueux par votre médecin spécialiste ?	"Oui", "Non", "J'ai une maladie cutanée mais je n'ai pas vu mon spécialiste pour cela ou je ne sais pas comment la maladie s'appelle"

Au cours de la semaine dernière, avez-vous eu une affection cutanée diagnostiquée comme étant une pyodermite par votre médecin spécialiste ?	"Oui", "Non", "J'ai une maladie cutanée mais je n'ai pas vu mon spécialiste pour cela ou je ne sais pas comment la maladie s'appelle"
Souffrez-vous momentanément d'une infection oculaire, pour laquelle vous avez consulté un ophtalmologiste et que votre médecin spécialiste a diagnostiquée comme étant une uvéite ?	"Oui", "Non", "J'ai une infection oculaire mais je n'ai pas vu d'ophtalmologiste pour cela ou je ne sais pas comment l'infection s'appelle"
Prenez-vous actuellement des aminosalicylés, tels que la sulfasalazine (Azulfidine) ou la mésalamine (Asacol HD, Delzicol, autres) ?	"Oui", "Non"
Prenez-vous actuellement du balsalazide (Colazal) ?	"Oui", "Non"
Prenez-vous actuellement de l'olsalazine (Dipentum) ?	"Oui", "Non"
Prenez-vous actuellement des médicaments immunosuppresseurs (azathioprine, infliximab, méthotrexate, natalizumab, ustékinumab) ?	"Oui", "Non"
Prenez-vous actuellement des médicaments biologiques (infliximab (Remicade), adalimumab (Humira) et golimumab (Simponi)). vedolizumab (Entyvio) ?	"Oui", "Non"