**Name** / Nom:

|  |
| --- |
| **Section A – Information sur l'Eczéma /** Eczema Information |
| **1** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec la dermatite atopique (Eczéma)?** Have you ever been diagnosed with Atopic Dermatitis (Eczema)? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 2** // skip to 2) **Ne sait pas**//Don’t know (**allez à 2** // skip to 2) |
| **1.1** | **SI OUI  Aviez-vous de l’eczéma quand vous étiez enfant?** **IF YES**  Did you have Eczema when you were a child? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 2** // skip to 2) **Ne sait pas**//Don’t know (**allez à 2** // skip to 2) |
| **1.1.1** | **SI OUI**  Vers quel âge avez-vous commencé à avoir de l’eczéma?**IF YES**  Approximately what age did you start having Eczema?    | ** < 2**** 2-10**** 11-20**** 21-50**** > 50** |
| **2** | **Où avez-vous actuellement l’eczéma? Veuillez remplir les zones sur la carte du corps.**Where do you currently have Eczema?  Please fill in the areas on the body map.  |
| **Droite**Right**Droite**Right |
| **3** | **Avez-vous eu des semaines au cours de la dernière année où votre peau n’était pas affectée du tout par l’eczéma?**Have you had weeks in the past year when your skin was not active with Eczema at all, not anywhere?   |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **4** | **Votre eczéma s’aggrave-t-il au soleil (pas avec la chaleur ou la sueur, mais spécifiquement l’exposition au soleil)?**Does your eczema get worse in the sun (not with heat or sweat, but specifically exposure to sun)? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **5** | **Avez-vous participé à un essai clinique évaluant un agent expérimental pour la dermatite atopique (topique ou systémique) dans les 3 derniers mois**Have you participated in a clinical trial assessing an investigational agent for atopic dermatitis (topical or systemic) within the past 3 months |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **6** | **Quels traitements utilisez-vous pour votre ECZÉMA**?What treatments are you using for your ECZEMA? |
| **Médicaments**Traitements | **Utilisé dans les 30 derniers jours**Used in the past 30 days | **Essayé dans le passé**Tried in the past | **Jamais utilisé**Never used |
| **Antihistaminiques non somnolents** Non-drowsy Antihistamines**(ex : *Reactine, Claritin, Aerius, etc)*** | □ | □ | □ |
| **Antihistaminiques traditionnels (Avec somnolence)**Traditional antihistamines (side effect drowsiness) ***(ex :* *Benadryl, Atarax)*** | □ | □ | □ |
| **Crèmes stéroïdes autres que l’hydrocortisone 0,5 ou 1%** Topical Corticosteroid Creams***(ex : Aristocort-R, triamcinolone ou Betaderm, betamethasone, Dermovate, Clobetasol proprionate)*** | □ | □ | □ |
| **Inhibiteurs de la calcineurine topique**Topical Calcineurine inhibitors***(ex : Protopic or Elidel)*** | □ | □ | □ |
| **Antibiotiques oraux (pillules/comprimés)**Oral antibiotics (pills) | □ | □ | □ |
| **Prednisone orale ou injections de stéroïdes**Oral prednisone or steroid injections  | □ | □ | □ |
| **Photothérapie**Phototherapy | □ | □ | □ |
| **Agent immuno-modulateur non-spécifique**Non-specific immuno-modulating agent**(ex : methotrexate, Cellcept, cyclosporine)** | □ | □ | □ |
| **Agent immuno-modulateur specifique**Specific immuno-modulating agent**(ex : RinvoQ/upadacitinib, Cibinqo/abrocitinib)** | □ | □ | □ |
| **Agent biologique**Biologic agent**(ex : Dupixent/dupilumab, Adtralza/tralokinumab)** | □ | □ | □ |
| **Section B – Comorbidités associées à l'eczéma /** Comorbidities associated with Eczema |
| **7** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec l’asthme?** Have you ever been diagnosed with asthma? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 8** // skip to 8) **Ne sait pas** // Don’t know (**allez à 8** // skip to 8) |
| **7.1** | **SI OUI**  **Prenez-vous des médicaments pour votre asthme?****IF YES**  Do you take medication for your asthma? |  **Non** **//** No **Oui** // Yes **Seulement au besoin**  // Only when needed |
| **8** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec le rhume des foins (allergies saisonnières)?**Have you ever been diagnosed with hay fever or seasonal allergies?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No **Ne sait pas**  // Don’t know |
| **9** | **Avez-vous des problèmes diagnostiqués avec votre système immunitaire?**Are you aware of having any diagnosed problems with your immune system?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 10** // skip to 10) |
| **9.1** | **SI OUI**  **S’il vous plaît spécifier****IF YES**  Please Specify |  |
| **10** | **Avez-vous déjà eu des patch tests pour les allergies cutanées (avec des patchs/timbres collés sur le dos, et des visites répétées dans une semaine)?**Have you ever had *patch* testing for skin allergies (with stamp-like *patches* stuck on your back and repeated visits within a week)? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 11** // skip to 11)**J’ai reçu le test, mais aucune allergie n’a été détectée** // I took the test, but no allergies were detected (**allez à 11** // skip to 11) |
| **10.1** | **SI OUI**  **Savez-vous quels produits chimiques éviter?****IF YES**  Do you know what chemicals or products to avoid?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 11** // skip to 11) |
| **10.1.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier****IF YES**  Please specify  |  |
| **11** | **Avez-vous déjà eu des tests par piqûre sur la peau pour les allergies alimentaires et environnementales (avec des piqûres à l’avant-bras, pas de visites répétées)?**Have you ever had skin prick testing for food and environmental allergies (with pricks to your forearm, no repeated visits)?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 12** // skip to 10)**J’ai reçu le test, mais aucune allergie n’a été détectée** // I took the test, but no allergies were detected (**allez à 12** // skip to 10) |
| **11.1** | **SI OUI**  **Savez-vous à quoi vous êtes allergique?****IF YES**  Do you know what you are allergic to? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 12** // skip to 10) |
| **11.1.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier****IF YES**  Please specify  |  |
| **12** | **Êtes-vous connu pour des allergies à la poussière?**Are you known to be allergic to dust?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 13** // skip to 13) |
| **12.1** | **SI OUI**  Faites-vous le suivi d’un ou de plusieurs des facteurs suivants à la maison?**IF YES**  Which of the following do you follow at home? | ** Housse de protection contre la poussière (oreiller)** // Dust covers (pillow)** Housse de protection contre la poussière (draps)** // Dust covers (sheets)** Laver les draps dans l’eau chaude et les passer à la sécheuse à haute température chaque semaine** // Washing sheets in hot water and hot dryer every week** Minimiser l’accumulation de poussière dans la chambre à coucher** // Minimizing dust-collection in the bedroom** Autres** // Other |
| **12.1.1** | **SI AUTRE** **Veuillez spécifier****IF OTHER**  Please specify  |  |
| **13** | **Avez-vous des allergies aux animaux?** Are you allergic to animals? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **14** | **Vivez-vous avec des animaux à la maison?** Do you live with animals at home? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 15** // skip to 15) |
| **14.1** | **SI OUI**  **Vivez-vous avec plus d’un animal?****IF YES**  Do you live with more than 1 animal? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 15** // skip to 15) |
| **14.1.1** | **SI OUI**  **S’il vous plaît spécifier le nombre****IF YES**  Please specify the number |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cat |  | (**allez à 15** // skip to 15) |
| Dog |  |  |
| Bird |  | (**allez à 15** // skip to 15) |
| Rodent |  | (**allez à 15** // skip to 15) |
| Other |  | (**allez à 15** // skip to 15) |

 |
| **14.1.1.1** | **SI CHIEN(S)** **Sont-ils diagnostiqués avec de l’eczéma?****IF DOG(S)**Was/were dog(s) diagnosed with Eczema? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **15** | **Avez-vous des intolérances alimentaires?** Are you known to have any food intolerances?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 16** // skip to 16) |
| **15.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier****IF YES**  Please specify  |  |
| **16** | **Votre eczéma est-il significativement pire avec le stress?** Is your Eczema significantly worse with stress? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  **Ne sait pas**//Don’t know  |
| **17** | **Êtes-vous au courant des déclencheurs qui aggravent votre peau, autres que ceux mentionnés ci-haut?** Are you aware of any triggers that make your skin worse, other than those mentioned above? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 18** // skip to 18) |
| **17.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier****IF YES**  Please specify  |  |
| **Section C – Gestion de l'eczéma //** Eczema Management |
| **18** | **Avez-vous essayé un régime d’élimination pour votre eczéma?** Have you tried an elimination diet for your Eczema?  | ** Lait ou produits laitiers** // Milk or dairy** Blé ou gluten** // Wheat of gluten** Soya** // Soy** Viande** // Meat** Autre(s)** // Other |
| **18.1** | **SI AUTRE(S)**  **Veuillez spécifier****IF OTHER**  Please specify  |  |
| **19** | **Lavez-vous vos avant-bras, vos jambes et/ou l’estomac avec du savon lorsque vous vous douchez ou que vous prenez votre bain?**Do you wash your forearms, legs and/or stomach when you shower/bathe? | ** Savon en barre**// Bar soap** Savon liquide ou gel** // Liquid or gel soap** Détergent synthétique ou crème lavante (sans-savon)**// Non-soap cleanser or oil** Autre(s)** // Other |
| **19.1** | **SI AUTRE(S)**  **Veuillez spécifier****IF OTHER**  Please specify  |  |
| **20** | **À quelle fréquence vous lavez-vous en une semaine?**How often do you bathe in a week? | ** Plus d’une fois par jour** // More than one time per day** Tous les jours** // Every day ** Une fois tous les deux jours**// Once every other day ** Une ou deux fois par semaine** // Once or twice per week |
| **21** | **À quelle fréquence appliquez-vous de la crème hydratante de la tête aux pieds après le lavage?**How often do you apply moisturizing cream(s) head-to-toe after bathing? | ** La plupart du temps** // Most of the time** Parfois** // Sometimes**Rarement** // Rarely |
| **22** | **Combien de fois appliquez-vous des crèmes hydratantes par jour?**How many times do you apply moisturizing creams per day? | ** 0x**** 1x**** 2x**** 3-4x**** 5-6x**** >7x** |
| **23** | **Parmi les professionnels de la santé suivants, lesquels avez-vous vu, pour gérer votre eczéma au cours de la dernière année:**Which of the following health practitioners have you seen to manage your eczema disease during the last year: |
| **23.1** | **Médecin généraliste ou médecin de famille**General practitioner or family medicine doctor |  **Oui** // Yes(**allez à 23.1.1** // skip to 23.1.1) **Non** **//** No (**allez à 23.1.2** // skip to 23.1.2) |
| **23.1.1** | **SI OUI**  Avez-vous un médecin de famille?**IF YES**  Do you have a family medicine doctor?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **23.1.2** | **SI NON**  **Êtes-vous allé à une clinique sans rendez-vous?****IF NO**  Have you gone to a walk-in clinic?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **23.2** | **Urgentologue**Emergency doctor |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 23.3** // skip to 23.3) |
| **23.2.1** | **SI OUI**  **Combien de fois au cours de la dernière année êtes-vous allé à l’urgence pour votre eczéma ?****IF YES**  How many times in the last year have you gone to emergency for your Eczema? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.3** | **Dermatologue**Dermatologist |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 23.4** // skip to 23.4) |
| **23.3.1** | **SI OUI**  Combien de visites dermatologiques avez-vous eu au cours de la dernière année?**IF YES**  how many dermatology visits have you had in the past year?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.3.2** | **SI OUI**  Si oui, combien de dermatologues avez-vous vus dans le passé pour votre eczéma?**IF YES**  how many dermatologists have you seen for your Eczema previously?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.4** | **Pharmacien**Pharmacist |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **23.5** | **Infirmière clinicienne**Nurse clinician |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **23.6** | **Nutritionniste**Nutritionist |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **23.7** | **Naturopathe**Naturopath |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **23.8** | **Praticiens alternatifs de la santé (ostéopathe, homéopathe, acupuncture, etc.)** Alternative health practitioners (osteopath, homeopath, acupuncture, etc.) |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **24** | **Avez-vous manqué l’école ou le travail en raison de votre eczema? (Rendez-vous médicaux, symptomes…)**Have you ever missed school or work because of your eczema in the last year? (Medical appointments, symptoms) |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 25** // skip to 25) |
| **24.1** | **SI OUI**  **Combien de jour au cours de la dernière année****IF YES**  How many times in the last year? | ** 1x**** 2x**** 3-4x**** 5-6x**** >7x** |
| **25** | **Jusqu’à présent, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus?**Until now, how do you feel about the care you have received? | ** Satisfait.e.** // Satisfied** Modérément satisfait.e.** // Moderately satisfied** Insatisfait.e.** // Not satisfied |
| **26** | **Vous sentez-vous anxieux ou déprimé?**Are you feeling anxious or depressed? | ** Oui, à cause des symptômes de l’eczéma** // Yes, because of Eczema symptoms ** Oui, pour d’autres raisons** // Yes, for other reasons ** Non** // No |
| **27** | **Connaissez-vous la Société canadienne de l’eczéma et/ou tout autre ressource ou groupe de soutien semblable?**Are you aware of the Eczema Society of Canada and/or any other similar support group? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **28** | **Pensez-vous avoir besoin de plus de ressources et/ou d’aide?**Do you feel you may need more resources and/or help?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No |
| **Section D – Informations Générales //** Background Information |
| **29** | **Sexe assigné à la naissance**Sex assigned at birth | ** Male** // Male** Femelle** // Female** Intersexe** // Intersex** Préfère ne pas dire** // Prefer not to say |
| **30** | **À quel genre vous identifiez-vous?**What gender do you identify as? | ** Homme** // Man** Femme** // Woman** Transgenre** // Transgender** Non-binaire** // Non-binary** Préfère ne pas dire** // Prefer not to say** Autre** // Other |
| **31** | **Date de naissance**Date of birth | **\_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_****Y Y Y Y M M D D** |
| **32** | **Êtes-vous né.e au Canada?**Were you born in Canada? |  **Oui** // Yes(**allez à 33** // skip to 33) **Non** **//** No  |
| **32.1** | **SI NON**  **Dans quel pays êtes-vous né?** **IF NO**  In what country were you born | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **32.1** | **Quel âge aviez-vous lorsque vous êtes venu vivre au Canada?**How old were you when you came to live in Canada? | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OU** // OR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Âge** / Age **Année** / Year |
| **33** | **Quel est votre statut matrimonial actuel?**What is your current marital status? | ** Célibataire (jamais légalement marié**)// Single (never legally married)** Partenaire légalement marié ou en union de fait //** Legally married or common-law partner** Veuf.ve**// Widowed** Séparé, mais toujours légalement marié.e** // Separated, but still legally married** Divorcé.e** // Divorce |
| **34** | **Situation d’emploi actuelle**Current employment status | ** Employé.e** // Employed** Retraité.e** // Retired** Travailleur.se autonome** // Self-employed** Étudiant.e** // Student** En arrêt de travail** // Sick leave** en recherche d’emploi** // Looking for work** Proche aidant.e Family** //Caregiver** Incapacité** // Disabled** Autre situation** // Other |
| **35** | **Revenu annuel du ménage**Annual household income | ** $0 - $29,999**** $30,000 - $59,999**** $60,000 - $89,999**** >$90.000**** Préfére ne pas divulguer** // Prefer not to disclose |
| **36** | **Consommez-vous de l’alcool?**Do you consume alcohol? |  **Oui** // Yes **Non** **//** No (**allez à 37** // skip to 37) |
| **36.1** | **Nombre d’unités par semaine*****1 unité = 1 verre de vin ou bouteille de bière ou 1 shot de spiritueux***Number of units per week*1 unit = 1 glass of wine or bottle of beer or 1 shot of spirits* |  **Moins d’une consommation par semaine** // Less than one unit per week**OU**  // OR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Indiquez le nombre d’unités par semaine** // Specify the number of units per week |
| **37** | **Have you ever smoked?** |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **38** | **Lequel des phototypes ci-dessous s’applique le mieux à vous? :**Which of the following applies best to you?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PhotoypePhototype | Caractéristiques typiquesTypical features | Reaction au soleilTanning ability |
| I | **Peau blanche pâle, yeux bleus/verts, cheveux blonds/roux**Pale white skin, blue/green eyes, blond/red hair | **Brûle toujours, ne bronze pas**Always burns, does not tan |
| II | **Peau claire, yeux bleus**Fair skin, blue eyes | **Brûle facilement, bronze mal**Burns easily, tans poorly |
| III | **Peau blanche plus foncée**Darker white skin | **Bronzage après la brûlure initiale**Tans after initial burn |
| IV | **Peau brun clair**Light brown skin | **Brûle minimalement, bronze facilement**Burns minimally, tans easily |
| V | **Peau brune**Brown skin | **Brûle rarement, bronze sombrement facilement**Rarely burns, tans darkly easily |
| VI | **Peau brun foncé ou noire**Dark brown or black skin | **Ne brûle jamais, bronze toujours sombrement**Never burns, always tans darkly |

 | ** I** ** II** ** III**** IV** ** V**** VI** |
| **39** | **Les personnes vivant au Canada proviennent de différents milieux culturels. De quelle origine culturelle, ethnique ou raciale êtes-vous? Veuillez en cocher autant que vous le souhaitez.**People living in Canada come from different cultural backgrounds. Of which cultural, ethnic, or racial background are you? Please checkas many as apply. | ** Autochtone** // Indigenous** Noir, Afro-américain** // Black, African American ****** Asie du Sud** ***(par exemple, Inde orientale, pakistanaise, sri-lankaise, etc.)***// South Asian *(e.g., East Indian, Pakistani, Sri Lankan etc.)*** Asie occidentale** ***(par exemple, iranien, afghan, etc.)*** // West Asian *(e.g., Iranian, Afghan, etc.)*** Latino, hispanique, latino-américaine** // Latin, Hispanic, Latin American** Insulaire Pacifique** // Pacific Islander** Arabe, Moyen-Orient** // Arab, Middle Eastern** Philippines** // Filipino** Asie du Sud-Est *(par exemple, vietnamien, cambodgien, laotien, thaï, etc.)***// South East Asian (e.g., Vietnamese, Cambodian, Laotian, Thai, etc.)** Asie de l'Est *(coréen, chinois, japonais, etc.)***// East Asian (Korean, Chinese, Japanese, etc.)** Blanc** // White** Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre** // Don’t know or I don’t wish to answer |
| **Section E – Historique Familial //** Family History |
| **Nous aimerions avoir des informations sur la santé des membres de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs et enfants). Veuillez ne pas inclure les parents adoptifs ou mariés.**We would like some information about the health of members of your immediate family (parents, siblings, and children). Please do not include relatives by adoption or marriage. |
| **40** | **Je suis adopté et ne connais pas ma famille biologique.**I am adopted and do not know my biological family. |  **Oui** // Yes(**allez à 44** // skip to 44) **Non** **//** No |
| **41** | **Veuillez indiquer le nombre pour chaque membre de la famille? (Veuillez inclure également les membres de la famille qui sont décédés)**How many of each of these types of relatives do you have? (Please also include relatives that are no longer living) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Frères** // Brothers |  |
| **Soeurs** // Sisters |  |
| **Fils** // Sons |  |
| **Filles** // Daughters |  |

 |
| **42** | **L’un des membres de votre famille immédiate (mère, père, frères et sœurs, enfants) a-t-il/elle reçu un diagnostic pour les maladies suivantes:**Have any of your immediate family members (mother, father, siblings, children) been diagnosed with:  |
| **42.1** | **Dermatite atopique (Eczéma)**Atopic Dermatitis (Eczema)  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  **Ne sait pas**//Don’t know  |
| **42.2** | **Asthme**Asthma |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  **Ne sait pas**//Don’t know  |
| **42.3** | **Rhume des foins (allergies saisonnières)**Hay fever (seasonal allergies)  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  **Ne sait pas**//Don’t know  |
| **43** | **Quel est le plus haut niveau de scolarité de votre parent ou tuteur le plus instruit?**What is the highest level of education of your most educated parent or guardian? | ** École primaire** // Elementary** École secondaire** // High school** École technique ou cégep** // College** CEGEP ou Université, sans diplôme complété** // Some College of university, no diploma obtained** Université** // Univesity** Diplôme de cycles supérieurs** // Graduate or professional degree |
| **Section F – Contact //** Contact |
| **44** | **Seriez-vous intéressé à participer périodiquement à d’autres sondages?** Would you be interested in participating in other surveys periodically?  |  **Oui** // Yes **Non** **//** No  |
| **45.1** | **SI OUI**  **Veuillez fournir une adresse courriel****IF YES**  Please provide email address | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

***Merci pour votre temps et passez une merveilleuse journée!***

*Thank you for participating!*