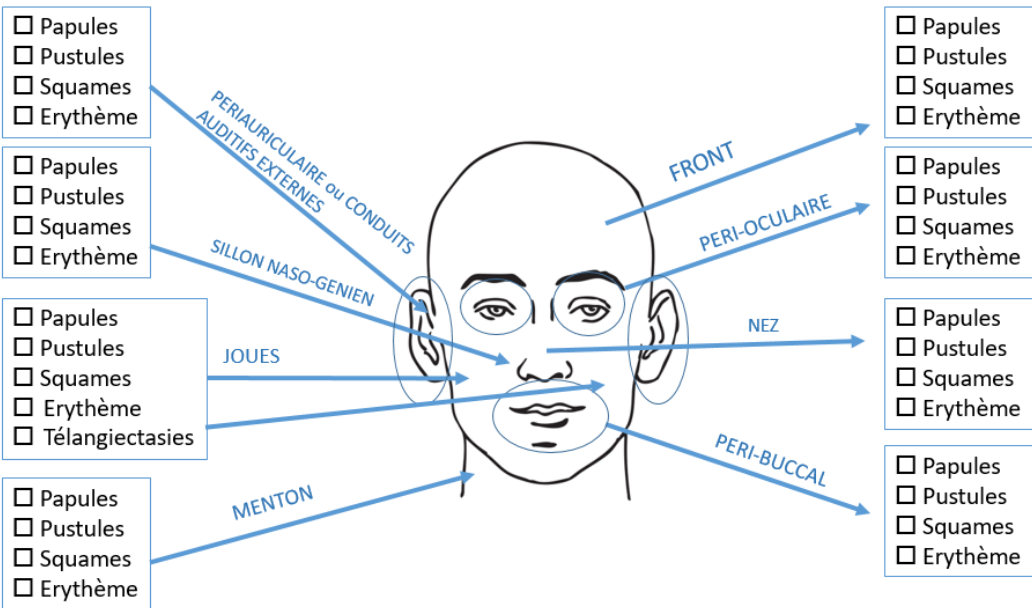


Fiche de recueil de données étude FMC : Dermatoses mixtes du visage

Merci de remettre au patient (à garder dans votre dossier source, NE PAS ENVOYER)

-la feuille d'information/non-opposition

-la feuille de consentement spécifique pour photographies

Dermatologue responsable : Département d'exercice : Mail du dermatologue (automatiquement renseigné lors de l'accès au serveur) Date du recueil de données :	
1^{ère} lettre nom et prénom : _ / _ Sexe : F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/> Année de naissance : _ _ _ _	
ATCD dermatologiques	
Dermatite atopique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui : En rémission <input type="checkbox"/> Toujours évolutive <input type="checkbox"/> Atteignant le visage <input type="checkbox"/> Eczéma de contact prouvé par tests allergologiques oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, préciser l'allergène ou les allergènes identifié(s) : _____ Maladie auto-immune oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; Si oui préciser _____	
Autre ATCD pertinent* oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; Si oui préciser _____ *notamment psychiatrique, neurologique, infection VIH, immunodépression Traitement systémique en cours pour ces ATCD oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui le(s)quel(s) et date de début _____	
Dermatose faciale mixte	
Année de début des lésions : _ _ _ _ d'emblée mixte <input type="checkbox"/> initialement de type dermatite séborrhéique (DS) <input type="checkbox"/> initialement de type rosacée <input type="checkbox"/> initialement de type dermatite péri-orale <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>	
Année du diagnostic : _ _ _ _	
Type de lésions et localisation (merci de cocher)	
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Erythème </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Erythème </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Erythème <input type="checkbox"/> Télangiectasies </div> <div> <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Squames <input type="checkbox"/> Erythème </div> </div>
Autres atteintes Atteinte de DS en dehors de la face oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; Si oui préciser la localisation _____ Lésions d'acné associée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; Si oui préciser la localisation _____ Dermatite péri-orale oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Atteinte oculaire de rosacée oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ; Si oui préciser le type et si consultation ophtalmologique prévue ou déjà réalisée : _____	

Signes fonctionnels (pour l'EVA, demander au patient de tracer un trait ci-dessous)

Douleur/brûlure (EVA patient) 0 _____ 10
 Prurit (EVA patient) 0 _____ 10

Existe-t'il une intolérance aux topiques ? oui non

Si vous avez fait remplir un DLQI à votre patient, merci de le joindre à la fiche ou de donner sa valeur (non obligatoire) : __

Tabagisme actif en cours oui non

Consommation alcool : oui non Si oui : nombre de verres moyen par semaine : 1/ 2 à 5/5 à10/> 10

Facteurs aggravants

Caractère saisonnier
 Chaleur
 Exposition solaire
 Froid
 Stress
 Topiques y compris émoullients

Indiquez le type de produit d'hygiène utilisé pour le visage : (texte libre)

ATCD d'application de dermocorticoïdes : oui non ;

Si oui préciser la puissance : faible moyen fort très fort ne sait pas

Si oui durée de l'application : ≤1 semaine > 1 semaine-1 mois plusieurs mois

Biopsie cutanée (non obligatoire)

Réalisée oui non Si oui **joindre le CR anonymisé**

Traitement de la dermatose faciale mixte

Traitements dans l'année précédant la consultation(préciser durée en semaines et efficacité oui/non)

Topique à visée dermatite séborrhéique

Dermocorticoïde	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Imidazolé	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ciclopiroxolamine	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Gluconate de lithium	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Tacrolimus	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Topique à visée anti-rosacée ou Dermatite périorale

Métronidazole	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ivermectine locale	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Tartrate de brimonidine	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Traitements systémiques

Cyclines	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	dose	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Isotrétinoïne orale	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	dose	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Itraconazole per os	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	dose	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/> Si oui préciser durée	dose	efficacité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Traitement prescrit à l'issue de la consultation (texte libre) :

Merci de réaliser les photos de votre patient : face + 2 profil obligatoires.

Une fois la fiche chargée, vous pourrez télécharger les photographies +/- DLQI ou CR anaphath
 L'ARC coordonateur vérifiera que tout a bien fonctionné et vous adressera un mail de confirmation

Texte libre si information importante manquant sur la fiche :

Pour toute question : defi-fmc@sfermato.org