

# GALDERMA

## ÉVALUATION DE L'ACNÉ

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Âge du patient : \_\_\_\_\_

Date de la visite 1 : \_\_\_\_\_

Date de la visite 2 : \_\_\_\_\_

Questionnaire à remplir lors de l'examen du patient

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

À quel âge le patient a-t-il commencé à avoir de l'acné?

Depuis combien de temps le patient présente-t-il de l'acné ou une inflammation associée à l'acné?

Le patient a-t-il des antécédents familiaux d'acné et/ou de cicatrices d'acné?

☐ Acné. Veuillez indiquer qui : \_\_\_\_\_

☐ Cicatrices d'acné. Veuillez indiquer qui : \_\_\_\_\_

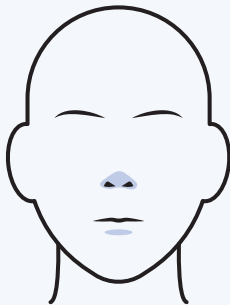
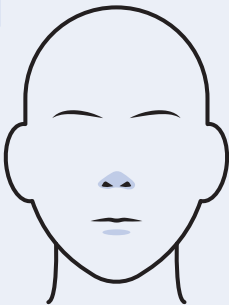
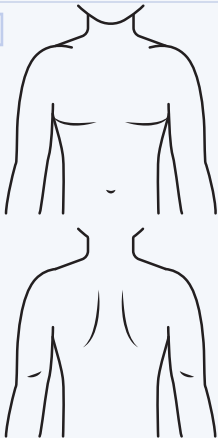
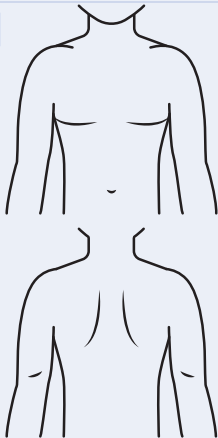
Le patient manipule-t-il son acné de quelque manière que ce soit (p. ex. triturer, presser, etc.)?

☐ Manipule l'acné. Veuillez indiquer dans quelle mesure : \_\_\_\_\_

### PRÉSENTATION DE L'ACNÉ

À quel endroit le patient présente-t-il des lésions d'acné?

Veuillez utiliser les diagrammes ci-dessous pour encircler ou marquer les zones où le patient présente de l'acné. Utiliser la fonction de stylo sous COMMENTAIRE pour indiquer l'emplacement de la lésion.

	Visite 1	Visite 2
Visage <input type="checkbox"/>		
Tronc <input type="checkbox"/>		

### PRÉSENTATION DE L'ACNÉ (SUITE)

Quels types de lésions le patient présente-t-il?



	Type de lésion	Visite 1		Visite 2	
		Présents	Nbre	Présents	Nbre
	Comédons ouverts (points noirs)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Comédons fermés (points blancs)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Papules	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Pustules	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Nodules/kystes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Images tirées de Thiboutot DM, et al. (2018); Asai Y, et al. (2016); et Williams HC, et al. (2012)<sup>1,3</sup>.

Quel est le degré de gravité de l'acné?

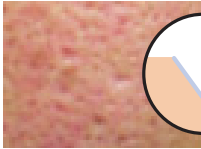


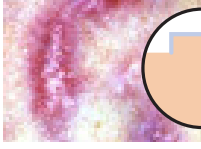

	Gravité de l'acné <sup>1,3,4</sup>	Visite 1	Visite 2
	<b>Quasi-absence de lésions :</b> Quelques comédons dispersés et une ou plusieurs papules ou pustules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Légère :</b> Quelques comédons et quelques papules et pustules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Modérée :</b> De nombreux comédons et plusieurs papules et pustules inflammatoires. Principalement superficielle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## PRÉSENTATION DE L'ACNÉ (SUITE)

	Gravité de l'acné <sup>1,3,4</sup>	Visite 1	Visite 2
	<b>Grave :</b> Un grand nombre de comédons, de nombreuses papules et pustules inflammatoires profondes, et pas plus que quelques nodules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Très grave :</b> De nombreux papules, pustules, nodules et kystes inflammatoires profonds. Couvre de grandes surfaces et entraîne des cicatrices.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Images tirées de Thiboutot DM, et al. (2018); Asai Y, et al. (2016); et Williams HC, et al. (2012)<sup>1-3</sup>.

**Le patient présente-t-il des cicatrices ou une hyperpigmentation?**

	Type de cicatrices	Visite 1	Visite 2
<b>Cicatrisation atrophique</b>			
	Cicatrices en « pic à glace »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cicatrices déprimées à bords peu prononcés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cicatrices déprimées à bords prononcés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cicatrisation hypertrophique</b>			
	Cicatrices chéloïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Autre</b>			
	Hyperpigmentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Images tirées de Hession, MT. et al. (2015)<sup>5</sup> et DermNet NZ (2021)<sup>6</sup>.

**Notes :** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SIGNES ET SYMPTÔMES D'ACNÉ

**Comment le patient décrit-il sa peau?**

	Visite 1	Visite 2
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Comment l'acné fait-elle sentir la peau du patient?**

	Visite 1	Visite 2
Sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Croûtée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douloureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RÉPERCUSSIONS DE L'ACNÉ

Visite 1	Visite 2
<b>Quelles émotions le patient a-t-il ressenties à cause de l'acné?</b> <input type="checkbox"/> Frustration <input type="checkbox"/> Gêne <input type="checkbox"/> Contrariété <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Les émotions du patient suscitées par l'acné ont-elles changé depuis sa dernière visite?</b>
<b>Quelle a été l'incidence de l'acné sur la vie quotidienne du patient?</b> <input type="checkbox"/> Participation à des activités sociales <input type="checkbox"/> Capacité de rencontrer de nouvelles personnes <input type="checkbox"/> Relations avec les autres <input type="checkbox"/> Capacité de porter certains types de vêtements (p. ex. maillots de bain ou débardeurs) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<b>Les répercussions de l'acné sur la vie quotidienne du patient ont-elles changé depuis sa dernière visite?</b>

## ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT

Quelle est la routine quotidienne de soin de la peau actuelle du patient?

Produit de soin	Nom du produit et fréquence d'utilisation
<input type="checkbox"/> Écran solaire	
<input type="checkbox"/> Nettoyant	
<input type="checkbox"/> Hydratant	
<input type="checkbox"/> Cosmétiques	
<input type="checkbox"/> Traitements contre l'acné en vente libre	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

Le patient a-t-il déjà essayé des traitements contre l'acné sur ordonnance?

Produit sur ordonnance	Nom du produit, durée d'utilisation et effet
<input type="checkbox"/> Antibiotiques topiques	
<input type="checkbox"/> Antibiotiques oraux	
<input type="checkbox"/> Rétinoïdes topiques	
<input type="checkbox"/> Association topique à dose fixe	
<input type="checkbox"/> Rétinoïdes oraux	
<input type="checkbox"/> Peroxyde de benzoyle	
<input type="checkbox"/> Traitements anti-inflammatoires (p. ex. acide azélaïque, acide salicylique)	
<input type="checkbox"/> Traitements hormonaux	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

## PLAN DE TRAITEMENT ET PROCHAINES ÉTAPES

Quel est votre plan de traitement pour le patient?

Visite 1				
	Durée d'utilisation	Posologie/fréquence d'utilisation	Région à traiter	Notes supplémentaires
<b>Produit(s) prescrit(s)</b>				
		<input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Tous les deux jours <input type="checkbox"/> Deux fois par semaine <input type="checkbox"/> Trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
		<input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Tous les deux jours <input type="checkbox"/> Deux fois par semaine <input type="checkbox"/> Trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
<b>Nettoyant recommandé</b>				
		<input type="checkbox"/> Matin et soir <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
<b>Hydratant recommandé</b>				
		<input type="checkbox"/> Matin et soir <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
<b>Écran solaire recommandé</b>				
		<input type="checkbox"/> Le matin <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
<b>Date du suivi :</b>				

Recommandations pour la consultation :

- ☐ **Évitez de combiner le traitement avec des produits contre l'acné en vente libre.** Cela aidera également à réduire l'irritation au minimum.
- ☐ **Traitez toute la zone touchée par l'acné lors de l'utilisation d'un médicament topique.** N'appliquez pas seulement sur les lésions.
- ☐ **Ne pas faire éclater, triturer ou presser les boutons.** Cela peut décolorer la peau et laisser des cicatrices ainsi que provoquer la propagation des bactéries, entraînant plus de lésions d'acné.
- ☐ **Continuez à suivre le traitement contre l'acné tel qu'il est prescrit, même si l'acné a commencé à s'améliorer.** Cela aidera à prévenir la formation de nouvelles lésions d'acné.

# PLAN DE TRAITEMENT ET PROCHAINES ÉTAPES (SUITE)

## Visite 2

### Le patient a-t-il suivi le plan de traitement?

- ☐ Oui.
- ☐ Non. Pourquoi? \_\_\_\_\_

### Le patient a-t-il remarqué une amélioration grâce au(x) produit(s) prescrit(s)?

### Le patient a-t-il éprouvé des difficultés, des irritations ou des effets secondaires découlant du traitement?

- ☐ Oui. Veuillez utiliser la section ci-dessous pour décrire les recommandations fournies pour atténuer ces effets.
- ☐ Non.

### Recommandations pour mitiger les effets :

- ☐ Augmenter la fréquence d'application de l'hydratant
- ☐ Diminuer la fréquence d'application/utilisation du ou des produit(s) sur ordonnance
- ☐ Diminuer la quantité de produit sur ordonnance appliquée
- ☐ Laver le visage quelques heures après l'application du ou des produit(s) sur ordonnance
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

### Le patient poursuit-il le même plan de traitement depuis la visite 1?

- ☐ Oui. Si oui, combien de temps le patient poursuivra-t-il ce plan de traitement? \_\_\_\_\_
- ☐ Non. Veuillez utiliser la section ci-dessous pour décrire le nouveau plan de traitement.

### Nouveau plan de traitement :

	Durée d'utilisation	Posologie/fréquence d'utilisation	Région à traiter	Notes supplémentaires
<b>Produit(s) prescrit(s)</b>				
		<input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Tous les deux jours <input type="checkbox"/> Deux fois par semaine <input type="checkbox"/> Trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
		<input type="checkbox"/> Une fois par jour <input type="checkbox"/> Tous les deux jours <input type="checkbox"/> Deux fois par semaine <input type="checkbox"/> Trois fois par semaine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Tronc	
<b>Orientation en dermatologie</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom du dermatologue :	Date de la recommandation :	

Notes supplémentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Références :

1. Thiboutot DM, et al. Practical management of acne for clinicians: An international consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2 Suppl 1):S1-S23.e21. 2. Williams HC, et al. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379(9813):361-372. 3. Asai Y, et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*. 2016;188(2):118-126. 4. Tan JK, et al. Development and validation of a comprehensive acne severity scale. *J Cutan Med Surg*. 2007;11(6):211-216. 5. Hession MT, et al. Atrophic acne scarring: A review of treatment options. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2015;8(1):50-58. 6. DermNet NZ. Images. 2021. Accessible à l'adresse : <https://dermnetnz.org/image-library/>.