

Guide de recueil des pratiques

Date :
Nom : Prénom : Date de naissance :
Profession :
Vous vivez : seul(e) en couple avec des enfants, si oui précisez les âges :

A. Lavage et rinçage des mains

A.1. Nombre de fois par jour :

- ≤5 / jour
- Entre 5 et 10 / jour
- Entre 11 et 20 / jour
- Plus de 20/ jour

A.2. Généralement, vous vous lavez les mains :

- En douceur
- Energiquement

A.3. Généralement, vous utilisez de l'eau :

- Froide
- Tiède
- Chaude

A.4. Lorsque vous utilisez un savon, vous vous rincez les mains :

- Pas à chaque fois
- Rapidement
- De façon minutieuse
- Très longuement

A.5. Qu'utilisez-vous pour vous laver les mains ? (plusieurs réponses possibles)

- Eau pure
- Savon + eau
- Shampoing
- Liquide vaisselle
- Solvants (White spirit ...)

A.6. Type de savon utilisé pour les mains **à la maison** :

- Liquide
- Solide

Nom du savon :

A.7. Type de savon utilisé pour les mains **au travail** :

- Liquide
- Solide
- Savon à billes
- Autre :

Nom du savon :

A.8. Utilisez-vous des Solutions hydro-alcooliques (gel antibactérien sans rinçage) pour vous nettoyer les mains?

- Oui
- Non

A.9. Utilisez-vous des lingettes pour vous nettoyer les mains ?

- Oui
- Non

A.10. Utilisez-vous autre chose pour vous nettoyer les mains ?

- Oui
- Non

Si oui, quel produit :

A.11. Avez-vous un lave-vaisselle ?

- Oui
- Non

B. Séchage des mains après le lavage

B.1. Après la phase de lavage, vous essuyez-vous les mains ? :

- Jamais
- Parfois
- Toujours

B.2. Quels moyens utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Par frottement
- Par tamponnement
- Par air chaud pulsé

B.3. Vos mains restent-elles humides après le séchage?

- Oui
- Non

C. Port de gants

	Au Travail	A la Maison (Tâches ménagères)	Lors des Loisirs (Bricolage, jardin, sports). Lequel :
C.1. Portez-vous des gants ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné
C.2. A quelle fréquence, portez-vous des gants ?	<input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Rarement <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours
C.3. Type de gants utilisés ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) <input type="checkbox"/> Vinyle <input type="checkbox"/> Nitrile <input type="checkbox"/> Néoprène <input type="checkbox"/> Coton <input type="checkbox"/> Cuir <input type="checkbox"/> Textile enduit	<input type="checkbox"/> Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) <input type="checkbox"/> Vinyle <input type="checkbox"/> Nitrile <input type="checkbox"/> Néoprène <input type="checkbox"/> Coton <input type="checkbox"/> Cuir <input type="checkbox"/> Textile enduit	<input type="checkbox"/> Latex/Caoutchouc (ex : gant mapa®) <input type="checkbox"/> Vinyle <input type="checkbox"/> Nitrile <input type="checkbox"/> Néoprène <input type="checkbox"/> Coton <input type="checkbox"/> Cuir <input type="checkbox"/> Textile enduit
C.4. Quand vous mettez des gants, combien de temps les gardez-vous ?	<input type="checkbox"/> ≤ 10 minutes <input type="checkbox"/> Entre 10 minutes et 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 minutes à 2 h <input type="checkbox"/> ≥ 2 heures	<input type="checkbox"/> ≤ 10 minutes <input type="checkbox"/> Entre 10 minutes et 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 minutes à 2 h <input type="checkbox"/> ≥ 2 heures	<input type="checkbox"/> ≤ 10 minutes <input type="checkbox"/> Entre 10 minutes et 30 minutes <input type="checkbox"/> De 30 minutes à 2 h <input type="checkbox"/> ≥ 2 heures
C.5. Type d'usage	<input type="checkbox"/> Usage unique jetés après utilisation <input type="checkbox"/> Réutilisés, souillés <input type="checkbox"/> Lavés puis réutilisés <input type="checkbox"/> Retournés puis réutilisés	<input type="checkbox"/> Usage unique jetés après utilisation <input type="checkbox"/> Réutilisés, souillés <input type="checkbox"/> Lavés puis réutilisés <input type="checkbox"/> Retournés puis réutilisés	<input type="checkbox"/> Usage unique jetés après utilisation <input type="checkbox"/> Réutilisés, souillés <input type="checkbox"/> Lavés puis réutilisés <input type="checkbox"/> Retournés puis réutilisés
C.6. Utilisez-vous des gants l'hiver quand il fait froid ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Toujours	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Toujours

D. Utilisation de crèmes hydratantes

D.1. Utilisez-vous des crèmes hydratantes :

- Jamais
- Rarement
- Souvent : tous les jours ou presque
- Très souvent : plusieurs fois par jour

D.2. Types de crème utilisée (plusieurs réponses possibles)

- Prescrite par un médecin
- Conseillée par un pharmacien
- Crèmes bio

Nom de la(les) crème(s) :

- Choisie par vous-même
- Conseillée par un proche

E. Traitement

E.1. Dans le dernier mois, avez-vous utilisé des crèmes à la cortisone ?

- Jamais
- Rarement : moins d'une fois par semaine
- Souvent : plus d'une fois par semaine
- Tous les jours
- Plusieurs fois par jour

E.2. Laquelle utilisez-vous ?

E.3. En combien de temps terminez-vous 1 tube de crème à la cortisone ?

- 1 semaine
- Entre 1 semaine et 1 mois
- Plus d'1 mois
- Plus de 6 mois

E.4. Utilisez-vous (ou avez vous déjà utilisé) d'autres traitements pour votre dermite des mains ? (exemple : Protopic®, photothérapie, Toctino®, cortisone en comprimés..., néoral®)

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quel(s) :

E.5. Quand vous avez des démangeaisons ou des douleurs, que faites vous pour vous soulager ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous vous passez les mains sous l'eau :
 - Froide
 - Brulante
- Vous arrachez les peaux mortes
- Vous vous frottez les mains
- Vous mettez une crème Préciser laquelle :
- Vous prenez des comprimés Préciser lesquels :
- Autre Préciser :

E.6. Avez-vous consulté ces praticiens pour vos mains ?

- Médecin généraliste
- Dermatologue
- Allergologue
- Médecin du travail
- Psychologue
- Homéopathe
- Acupuncteur / Mésothérapeute
- Magnétiseur/ Rebouteurs
- Autres, préciser :

