

FICHE DE DIAGNOSTIC DE L'HYPERHIDROSE

Date : _____ Nom : _____ Prénom : _____

Âge : _____ Sexe : Homme Femme

1. Quelles parties du corps sont affectées par la transpiration excessive ?

- Aisselles Visage/Tête Mains
 Aine Pieds Autres _____

2. Êtes-vous droitier ou gaucher ?

- Gaucher Droitier

3. La transpiration est-elle de même intensité des deux côtés du corps ou pire d'un côté (p. ex. la transpiration est-elle sensiblement la même aux deux aisselles ou mains) ?

- Même des deux côtés Pire à droite Pire à gauche

4. À quel âge votre transpiration excessive est-elle devenue un problème ? _____

5. D'autres membres de votre famille souffrent-ils de transpiration excessive ? Oui Non

6. La transpiration est-elle déclenchée par un facteur précis ?

- Nourriture Stress Chaleur
 Exercice Autres _____

Veillez cocher l'une des cases ci-dessous :

Échelle d'intensité de l'hyperhidrose (HIH)

- | | |
|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Ma transpiration ne se remarque jamais et n'affecte jamais mes activités courantes. | CLASSE 1 |
| <input type="checkbox"/> Ma transpiration est tolérable, mais affecte parfois mes activités courantes. | CLASSE 2 |
| <input type="checkbox"/> Ma transpiration est difficilement tolérable et affecte souvent mes activités courantes. | CLASSE 3 |
| <input type="checkbox"/> Ma transpiration est intolérable et affecte constamment mes activités courantes. | CLASSE 4 |

7. Quels traitements avez-vous tentés jusqu'à présent contre la transpiration excessive ?

- Chlorure d'aluminium hexahydraté (Drysol^{MD}, Certain Dri^{MD})
Raison de l'interruption du traitement _____
- BOTOX[®]
Raison de l'interruption du traitement _____
- Iontophorèse (Drionic^{MD}, Fischer ou autre)
Raison de l'interruption du traitement _____
- Médicaments oraux (Glycopyrrolate, Ditropan^{MD} ou autre)
Raison de l'interruption du traitement _____
- Intervention chirurgicale (excision des glandes sudoripares, STE ou autre)
- Aucun

8. Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? Oui Non

9. Avez-vous des allergies (y compris des allergies à des médicaments) ? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez _____

10. Souffrez-vous d'un trouble neurologique ? Oui Non

11. Avez-vous une assurance médicale privée ou complémentaire ? Oui Non

FICHE DE DIAGNOSTIC DE L'HYPERHIDROSE

(Réservée au médecin)

Nom du médecin : _____

Médicaments pris par le patient : _____

Antécédents médicaux : _____

Symptômes : perte de poids / faiblesse / fièvre / frissons / N,V,D / neuro. / CV, resp. / GU / psycho.

Résultats du traitement :

Chlorure d'aluminium _____

BOTOX® _____

Iontophorèse _____

Intervention chirurgicale _____

Autre _____

Traitement recommandé :

- Chlorure d'aluminium
- BOTOX®
- Iontophorèse
- Intervention chirurgicale
- Aucun

- Le patient a été informé que les frais des injections ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie provincial**

Dose : _____ Lieu de l'injection : _____

N° du lot : _____ Préparation utilisée : _____

Anesthésique utilisé : _____

Effets secondaires/Complications : _____

Suivi recommandé : _____
