



Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Poids :  
Taille :

Comment évaluez-vous la gravité de votre transpiration ?

1. Ma transpiration n'est jamais perceptible et n'interfère jamais avec mes activités quotidiennes
2. Ma transpiration est tolérable mais interfère parfois avec mes activités quotidiennes
3. Ma transpiration est à peine tolérable et interfère fréquemment avec mes activités quotidiennes
4. Ma transpiration est intolérable et interfère toujours avec mes activités quotidiennes

Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'hyperhidrose ? Oui/Non

Depuis quand êtes-vous gênés par la transpiration et/ ou les odeurs au niveau de vos aisselles ? .....

La gêne est-elle occasionnée ?

1. Uniquement par la transpiration
2. Uniquement par l'odeur
3. Les deux

Quand et dans quelles circonstances transpirez-vous davantage ?

1. A l'effort uniquement
2. A l'effort et au repos
3. En situation de stress
4. Uniquement lorsqu'il fait chaud

Quelles thérapies avez-vous déjà utilisées pour réduire la transpiration sous les aisselles ?

1. les déodorants dans le commerce
2. les anti-sudorifiques soumis à des exigences de prescription/pharmacie
3. injections de toxine botulique
4. curetage des glandes sudoripares
5. radiofréquence/ultrasons
6. Traitement par micro-ondes

Changez-vous vos chemisiers/shirts/T-shirts plusieurs fois par jour ?

Oui/Non

Commentaires :