

## Mouth Handicap in systemic sclerosis (MHISS)

### Le handicap de la bouche ( MHISS)

#### 1- Je suis généré(e) pour ouvrir la bouche

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 2- Je dois éviter certaines boissons (gazeuses, alcoolisées, acides)

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 3- J'ai des difficultés à mastiquer

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion

- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 4- Mon dentiste a des difficultés à effectuer les soins

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable ( dentier)

#### 5- L'état de mes dents s'est dégradé

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable ( Dentier)

#### 6- Mes lèvres et/ou mes joues se sont rétractées

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord

- Pas applicable

#### 7- Ma bouche est sèche

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 8- Je dois boire souvent

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 9- Je suis obligé(e) de choisir mon alimentation en fonction de ce que je peux manger et non en fonction de ce que j'ai envie de manger

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 10- Je suis généré(e) pour articuler les mots

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 11- L'apparence de mon visage est modifiée

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

#### 12- J'ai un gêne esthétique

- Pas d'accord
- Moyennement d'accord
- Pas d'opinion
- D'accord
- entierement d'accord
- Pas applicable

NOM PATIENT

Signature

Date

