

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉLETMINŐSÉG INDEX

Kórház azonosítója:
Név:
Lakcím:

Dátum:
Diagnózis:

Pontszám: **DLQI**

A kérdőívvel azt mérjük, hogy bőrével kapcsolatos problémája mennyire befolyásolta az Ön életét AZ ELMÚLT HÉT SORÁN. Kérjük, egy négyzetet jelöljön be a válasznál!

- | | | | |
|-----|---|---|--|
| 1. | Az elmúlt hét során mennyire volt viszketős, sebes, fájdalmas vagy égetően fájdalmas a bőre? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Az elmúlt hét során mennyire volt veszélyezett , vagy volt zavarban a bőre miatt? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Az elmúlt hét során mennyire akadályozta bőre, hogy elmenjen vásárolni , rendben tartsa otthonát vagy kertjét ? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 4. | Az elmúlt hét során mennyire befolyásolta bőre, hogy milyen ruhát visel? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 5. | Az elmúlt hét során mennyire befolyásolta bőre társasági életét vagy szabadidős tevékenységét? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 6. | Az elmúlt hét során mennyire nehezítette meg bőre a sportolást ? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 7. | Az elmúlt hét során meggátolta bőre abban, hogy dolgozzon vagy tanuljon ? | Igen <input type="checkbox"/>
Nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| | Ha válasza "Nem": az elmúlt hét során mennyire jelentett problémát bőre a munkában vagy a tanulásban ? | Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Az elmúlt hét során mennyire okozott bőre problémákat partnerével , bármelyik közeli barátjával vagy rokonaival kapcsolatosan? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 9. | Az elmúlt hét során mennyire okozott bőre bármilyen szexuális nehézséget ? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |
| 10. | Az elmúlt hét során mennyire okozott problémát bőre kezelése : például bepiszkította lakását, vagy sok időt vett igénybe? | Nagyon <input type="checkbox"/>
Meglehetősen <input type="checkbox"/>
Kissé <input type="checkbox"/>
Egyáltalán nem <input type="checkbox"/> | Nem vonatkozik Önre <input type="checkbox"/> |

Kérjük ellenőrizze, hogy MINDEN kérdésre válaszolt-e! Köszönjük.

©AY Finlay, GK Khan, 1992. április www.dermatology.org.uk, A szerzők engedélye nélkül nem másolható.

magyar, Magyarország