

QUESTIONARIO DERMATOLOGICO SULLA QUALITÀ DELLA VITA

N° ospedale:
Nome del paziente:
Indirizzo del paziente:

Data:
Diagnosi:

Punteggio: **DLQI**

Lo scopo del questionario è di misurare quanto i suoi problemi alla pelle hanno influito sulla sua vita NEGLI ULTIMI 7 GIORNI. La preghiamo di fare una crocetta su una sola casella per ogni domanda.

- | | | | |
|-----|---|--|---|
| 1. | Negli ultimi 7 giorni, ha avuto prurito, indolenzimento, dolore o sensazioni di bruciore alla pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Negli ultimi 7 giorni, si è sentito/a imbarazzato/a o a disagio a causa dei suoi problemi alla pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato fastidi per fare la spesa , occuparsi della casa o del giardino)? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 4. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei vestiti da indossare? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 5. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influito sulle sue attività con altre persone o di tempo libero ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 6. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno reso difficile praticare sport ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 7. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno impedito di lavorare o di studiare ? | Sì <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| | Se ha risposto "No": negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà nel lavoro o nello studio ? | | |
| 8. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà con il/la suo/a compagno/a , con gli amici intimi o con i parenti ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 9. | Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà di carattere sessuale ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |
| 10. | Negli ultimi 7 giorni, la cura per la pelle le ha dato problemi, per esempio portandole via del tempo o creando disordine in casa? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Un po' <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> | Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/> |

La preghiamo di controllare di aver risposto ad OGNI domanda. Grazie.

©AY Finlay, GK Khan, Aprile 1992 www.dermatology.org.uk. Questo documento non deve essere copiato senza il consenso degli autori.