

DERMATOLOJİ YAŞAM KALİTESİ ENDEKSİ

Hastane No:

Tarih:

DLQI

Adı:

Skor:

Adresi:

Tanı:

Bu soru formunun amacı, GEÇEN HAFTA BOYUNCA deri probleminizin yaşamınızı ne kadar etkilediğini ölçmektir. Lütfen, her soru için bir kutucuğa ✓ işareti koyunuz.

- | | | | | | |
|-----|--|-----------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. | Geçen hafta boyunca derinizde ne kadar kaşıntı, acıma, ağrı veya batma oluştu? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Geçen hafta boyunca, deriniz nedeniyle ne kadar sıkıldınız veya mahcup oldunuz? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Geçen hafta boyunca, deriniz alışveriş yapmanıza veya eviniz ya da bahçenizle ilgilenmenize ne kadar engel oldu? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Geçen hafta boyunca, deriniz elbise giyiminize (seçiminize) ne kadar etkili oldu? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Geçen hafta boyunca, deriniz sosyal veya boş vakit etkinliklerini ne kadar etkiledi? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Geçen hafta boyunca, deriniz herhangi bir spor yapmanızda size ne kadar güçlük oluşturdu? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Geçen hafta boyunca, deriniz iş yapmanızı veya ders çalışmanızı engelledi mi? | Evet | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hayır | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| | Eğer yanıtınız "Hayır" ise, geçen hafta boyunca deriniz, iş yapmanız ya da ders çalışmanızda ne kadar sorun yarattı? | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Geçen hafta boyunca, deriniz eşiniz veya yakın arkadaşlarınız ya da akrabalarınızla ne kadar sorun yarattı? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Geçen hafta boyunca, deriniz cinsel zorluklara ne kadar neden oldu? | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Geçen hafta boyunca, derinizin tedavisi yüzünden ne kadar problem oluştu? (Örn. evinizin kirlenmesi veya zaman kaybı gibi) | Çok fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Fazla | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Az | <input type="checkbox"/> | | |
| | | Hiç | <input type="checkbox"/> | İlgili değil | <input type="checkbox"/> |

Lütfen, TÜM soruları cevaplayıp cevaplamadığınızı kontrol ediniz. Teşekkürler.