

المقياس الجلدي لجودة الحياة (DLQI)

نسعى من خلال هذه الأسئلة إلى قياس مدى تأثير المشكلة الجلدية التي تعاني منها على حياتك خلال الأسبوع الماضي. الرجاء وضع إشارة صح في مربع واحد فقط لكل سؤال.

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>1. خلال الأسبوع الماضي، ما مقدار الحكّة، أو الألم، أو الوجع، أو اللسع الذي عانيت منه بسبب جلدك؟</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>2. خلال الأسبوع الماضي، كم كان مدى شعورك بالإحراج أو الخجل بسبب جلدك؟</p>
<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>3. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى تعارضت حالتك الجلدية مع قيامك بأعمال مثل التسوق أو العناية بالبيت أو بحديقة المنزل؟</p>
<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>4. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى أثّرت حالتك الجلدية على الملابس التي ترتديها؟</p>
<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>5. خلال الأسبوع الماضي، كم كان مدى تأثير حالتك الجلدية على أيّ نشاط اجتماعي أو ترفيهي؟</p>

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<p>6. خلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بنشاط رياضي؟</p>	<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>نعم لا</p>	<p>7. خلال الأسبوع الماضي، هل منعتك حالتك الجلدية من العمل أو الدراسة؟</p>	<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<p>إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أيّ مدى سبب لك مرضك الجلدي مشكلات في العمل أو الدراسة؟</p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<p>8. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أيّ واحد من أصدقائك المقربين أو أقاربك؟</p>	<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<p>9. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المصاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟</p>	<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً جداً كثيراً قليلاً لا شيء بالمرّة</p>	<p>10. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك علاج جلدك، مثلاً، عن طريق إثارة الفوضى في بيتك، أو عن طريقة استهلاك قسط كبير من وقتك؟</p>	<p>لا صلة لهذا بحالتي <input type="checkbox"/></p>

من فضلك تأكد من الإجابة على كل سؤال. ولك جزيل الشكر.