

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 اختيار حقل واحد من الأجوبة لكل سؤال.

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

<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 بالمرة</p>	<p>6. خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى سببت حالتك الجلدية صعوبة في قيامك بنشاط رياضي؟</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>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>كثيراً قليلاً لا شيء بالمرة</p>	<p>إذا كان الجواب "لا"، فخلال الأسبوع الماضي، إلى أي 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 بالمرة</p>	<p>8. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المشكلات التي سببها لك مرضك مع شريك حياتك أو مع أي واحد من أصدقائك المقربين أو أقاربك؟</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 بالمرة</p>	<p>9. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى المصاعب الجنسية التي واجهتها بسبب حالتك الجلدية؟</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 بالمرة</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>

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