

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Номер лечебного учреждения:
ФИО пациента:
Адрес:

Дата:
Диагноз:

Оценка в
баллах:

DLQI

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой одну ячейку для каждого вопроса.

- | | | |
|--|---|--|
| 1. На протяжении последней недели, насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 2. На протяжении последней недели, насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 3. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 4. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы одевали? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 5. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу социальную жизнь или досуг? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 6. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия спортом? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 7. На протяжении последней недели, полностью ли состояние Вашей кожи не позволяло Вам работать или учиться? | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| Если “Нет”, то в какой степени на протяжении последней недели состояние Вашей кожи было проблемой для Вашей работы или обучения? | Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 8. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером (-шей) или с кем-либо из Ваших близких друзей или родственников? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 9. На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших каких бы то ни было сексуальных проблем? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 10. На протяжении последней недели, насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время? | Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |

Пожалуйста, проверьте, ответили ли Вы на КАЖДЫЙ вопрос. Спасибо.