

# 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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>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"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>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"/><br>Сильно <input type="checkbox"/><br>Незначительно <input type="checkbox"/><br>Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |

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

© Авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992. Частичное или полное использование материала допускается только с разрешения автора.

Russian for Lithuania