

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ

DLQI

Лечебное учреждение:
ФИО пациента:
Адрес:

Дата:
Диагноз:

Оценка в баллах

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывали на Вашу жизнь проблемы с состоянием кожи НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте одну ячейку для каждого вопроса.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 1. На протяжении последней недели насколько сильно Вас беспокоили зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 2. На протяжении последней недели насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 3. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, работе по дому или в саду? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 4. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды , которую Вы надевали? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 5. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу общественную жизнь или досуг? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 6. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия спортом? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 7. На протяжении последней недели полностью ли препятствовало состояние Вашей кожи работе или учебе? | Да
Нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| Если "Нет", то в какой степени на протяжении последней недели состояния Вашей кожи затрудняло Вашу работу или учебу? | Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 8. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с партнером(-шей) или с кем-либо из близких друзей или родственников? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 9. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи являлось причиной сексуальных проблем любого характера? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |
| 10. На протяжении последней недели насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало для Вас сложности, например, приводило к беспорядку в доме или отнимало время? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не относится ко мне <input type="checkbox"/> |

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

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