

ІНДЕКС ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ
ПАЦІЄНТІВ З ДЕРМАТОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Лікарня №:
П.І.Б.:
Адреса:

Дата:
Діагноз:

Бал:

DLQI

Мета цього опитування – визначити, якою мірою проблеми зі шкірою впливали на Ваше життя ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО ТИЖНЯ. Будь ласка, відповідаючи на кожне питання, позначте галочкою одну відповідь.

- | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| 1. | Протягом останнього тижня наскільки сверблячою, чутливою, болючою або пекучою була Ваша шкіра? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Протягом останнього тижня якою мірою Ви ніяковіли або соромилися через проблеми зі шкірою? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Протягом останнього тижня наскільки сильно проблеми зі шкірою заважали Вам ходити за покупками чи доглядати за помешканням або садом/городом ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 4. | Протягом останнього тижня наскільки сильно проблеми зі шкірою впливали на Ваш вибір одягу ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 5. | Протягом останнього тижня наскільки сильно проблеми зі шкірою впливали на Ваше спілкування з іншими людьми або на проведення дозвілля ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 6. | Протягом останнього тижня наскільки сильно проблеми зі шкірою ускладнювали Ваші заняття будь-яким видом спорту ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 7. | Чи завадили Вам проблеми зі шкірою працювати або навчатися протягом останнього тижня? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> | | | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| | Якщо “Ні”, то наскільки сильно проблеми зі шкірою відволікали Вас від роботи або навчання протягом останнього тижня? | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Протягом останнього тижня якою мірою проблеми зі шкірою викликали труднощі у відносинах з Вашим партнером або з ким-небудь з Ваших близьких друзів або родичів ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 9. | Протягом останнього тижня якою мірою проблеми зі шкірою викликали які-небудь труднощі у статевому житті ? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |
| 10. | Протягом останнього тижня якою мірою лікування шкіри створювало Вам проблеми, наприклад, порушувало порядок у Вашому помешканні або забирало час? | Дуже сильно <input type="checkbox"/> | Значно <input type="checkbox"/> | Трохи <input type="checkbox"/> | Зовсім ні <input type="checkbox"/> | Не має до мене відношення <input type="checkbox"/> |

Переконайтесь, будь ласка, що Ви відповіли на КОЖНЕ питання. Дякуємо.

© A. Y. Finlay, G. K. Khan, April 1992. Забороняється копіювати без попереднього дозволу авторів. Ukrainian version of DLQI