

CHỈ SỐ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VỀ BỆNH NGOÀI DA

DLQI

Bệnh viện Số:

Ngày:

Điểm:

Tên:

Chẩn đoán:

Địa chỉ:

Mục đích của bản câu hỏi này là để đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh da của quý vị đến cuộc sống của quý vị TRONG TUẦN QUA. Xin đánh dấu vào một ô cho mỗi câu hỏi.

1.	Trong tuần qua da quý vị đã bị ngứa, đau, nhức hoặc rát như thế nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Trong tuần qua, quý vị đã cảm thấy bối rối hay mặc cảm vì bệnh da của mình như thế nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã ảnh hưởng đến việc quý vị đi mua sắm hay chăm sóc nhà cửa hoặc vườn tược của mình đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
4.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã ảnh hưởng đến quần áo quý vị mặc đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
5.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã ảnh hưởng đến các hoạt động xã hội hoặc giải trí đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
6.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã gây khó khăn cho quý vị trong việc chơi thể thao đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
7.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị có khiến quý vị phải ngỉ làm hoặc ngỉ học không?	Có Không	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
	Nếu “Không”, trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã gây khó khăn đến mức nào khi làm việc hoặc học tập ?	Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã ảnh hưởng đến bạn tình, bạn thân hay người thân của quý vị đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
9.	Trong tuần qua, bệnh da của quý vị đã gây khó khăn trong quan hệ tình dục đến mức nào?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>
10.	Trong tuần qua, việc điều trị bệnh da của quý vị đã gây khó khăn đến mức nào, chẳng hạn như làm bẩn nhà cửa, hoặc mất thì giờ?	Rất nhiều Nhiều Một chút Không bị gì	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Không liên quan <input type="checkbox"/>

Xin xem lại để chắc chắn là quý vị đã trả lời TẤT CẢ các câu hỏi. Cảm ơn quý vị.