

## INDEX DERMATOLOGIC DE CALITATE A VIETII

**DLQI**

Hospital No:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

**Obiectivul acestui chestionar este de a măsura cât de mult boala dvs. de piele v-a afectat viața PE PARCURSUL ULTIMELOR 7 ZILE. Vă rugăm să bifați ✓ o căsuță pentru fiecare întrebare.**

- |   |                                       |  |                                     |
|---|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <b>1.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de intensă a fost senzația de <b>mâncărime</b> sau de <b>ardere</b> , cât de <b>sensibilă</b> , <b>dureroasă</b> ați simțit pielea dvs.?                 | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                                     |
| <b>2.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de <b>jenat(ă)</b> sau <b>penibil(ă)</b> v-ați simțit din cauza bolii dvs. de piele?   | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |                                     |
| <b>3.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele v-a afectat când ați mers la <b>cumpărături</b> sau când v-ați ocupat de îngrijirea <b>casei</b> sau a <b>grădinii</b> dvs.? | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>4.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele a influențat <b>hainele</b> pe care le-ați purtat?   | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>5.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele a afectat orice activități <b>sociale</b> sau de <b>relaxare</b> ?   | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>6.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele v-a împiedicat să practicați un <b>sport</b> ?   | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>7.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, boala dvs. de piele v-a împiedicat să <b>lucrați</b> sau să faceți <b>studii</b> ?   | Da<br>Nu                              | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| Dacă „Nu”, în ultima săptămână cât de mult boala dvs. de piele a fost o problemă la <b>serviciu</b> sau la <b>studii</b> ?  | Mult<br>Puțin<br>Deloc                | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |                                     |
| <b>8.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele v-a creat dificultăți cu <b>partenerul(a)</b> sau cu oricare dintre <b>prietenii apropiați</b> sau <b>rudele</b> dvs.?       | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>9.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de mult boala dvs. de piele v-a creat <b>dificultăți sexuale</b> ?   | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |
| <b>10.</b> Pe parcursul ultimelor 7 zile, cât de problematic a fost <b>tratamentul</b> pentru pielea dvs., de exemplu făcând dezordine în casa dvs. sau luându-vă prea mult timp?                     | Foarte mult<br>Mult<br>Puțin<br>Deloc | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | Nerelevant <input type="checkbox"/> |

**Vă rugăm să verificați dacă ați răspuns la TOATE întrebările. Vă mulțumesc.**

© AY Finlay, GK Khan, aprilie 1992, www.dermatology.org.uk. Acest chestionar nu poate fi reprodus fără permisiunea autorilor.