

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

DLQI

Hospital No:
Name:
Address:

Date:
Diagnosis:

Score:

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 7 ДНЕЙ. Пожалуйста, отметьте галочкой ✓ одну ячейку для каждого вопроса.

- | | | | | |
|-----|---|---|--|--|
| 1. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно беспокоили Вас 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 последних 7 дней 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 последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 4. | На протяжении последних 7 дней 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"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 5. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу социальную жизнь или занятия на досуге? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 6. | На протяжении последних 7 дней 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"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 7. | На протяжении последних 7 дней лишило ли Вас состояние Вашей кожи возможности работать или учиться? | Да
Нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| | Если «Нет», то в какой степени на протяжении последних 7 дней состояние Вашей кожи было проблемой для Вашей работы или учёбы? | Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 8. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером(-шей) или Вашими близкими друзьями или родственниками? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 9. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших каких бы то ни было сексуальных проблем? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 10. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время? | Очень сильно
Сильно
Незначительно
Совсем нет | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |

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

© AY Finlay, GK Khan, апрель 1992 г, www.dermatology.org.uk. Данный материал не может быть воспроизведен без разрешения авторов.