

# ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

DLQI

Hospital No:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

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

- |     |  |               |                          |  |
|-----|--|---------------|--------------------------|--|
| 1.  | На протяжении последних 7 дней насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |  |
| 2.  | На протяжении последних 7 дней насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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 носили?  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Нет           | <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 обучения?                                 | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 9.  | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной каких бы то ни было сексуальных проблем?                                      | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 10. | На протяжении последних 7 дней, насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания Вам мешало, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время?        | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Совсем нет    | <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. Частичное или полное использование содержания опросника допускается только с разрешения автора.