

LÍFSGÆÐAKÖNNUN FYRIR HÚÐSJÚKDÓMA

DLQI

Sjúkrastofnun nr.:

Dagsetning:

Einkunn:

Nafn:

Greining:

Heimilisfang:

Markmið þessa spurningalista er að mæla hve mikil áhrif húðvandamál þitt hefur haft á líf þitt UNDAFARNA VIKU. Merktu við einn reit við hverja spurningu.

1.	Undanfarna viku, hve mikill kláði, eymsli, verkir eða stingir hafa verið í húðinni?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Undanfarna viku, hve mikið hefur þú verið vandræðaleg(-ur) eða sjálfsmeðvituð(-aður) vegna húðar þinnar?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Undanfarna viku, hve mikið hindraði húðin að þú færir að versla eða sinntir heimilinu eða garðinum ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
4.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín haft áhrif á hvaða fötum þú klæðist?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
5.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín haft áhrif á félagslíf þitt eða tómstundir ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
6.	Undanfarna viku, hve mikið gerði húðin þér erfitt fyrir að stunda einhverja íþrótt ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
7.	Undanfarna viku, hefur húð þín komið í veg fyrir að þú stundir vinnu eða nám ?	Já Nei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
	Ef „nei“, undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín verið vandamál í vinnu eða námi ?	Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín skapað vandamál hjá þér og maka þínum eða einhverjum af nánum vinum eða ættingjum ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
9.	Undanfarna viku, hversu miklum erfiðleikum hefur húð þín valdið þér í kynlífi ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
10.	Undanfarna viku, hversu mikil vandamál hefur meðferð húðarinnar skapað þér undanfarna viku, til dæmis með því að smita frá sér eða taka of langan tíma?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>

Gakktu úr skugga um að þú hafir svarað ÖLLUM spurningunum. Takk fyrir.