

## Опросник по влиянию дерматита на семью

Имя ребенка:

Мать/Отец/Опекун

Дата:

Балл

**Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало кожное заболевание ребенка на Вас и Вашу семью НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой ☒ одну ячейку для каждого вопроса.**

- |  |               |                          |
|--|---------------|--------------------------|
| 1. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>работу по дому</b> , например,<br>на стирку, уборку и т.д.?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 2. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>приготовление пищи и<br/>прием пищи?</b>  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 3. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>сон других членов семьи?</b>  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 4. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>семейный отдых</b> , например,<br>плавание?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 5. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>походы за покупками<br/>для всей семьи?</b>   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 6. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на Ваши <b>расходы</b> , например,<br>расходы на лечение, одежду и т.д.?  | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 7. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>утомляемость</b> родителей/опекуна?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 8. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на <b>эмоциональную устойчивость</b> ,<br>(например депрессию, раздражительность<br>или чувство вины) у родителей/опекунов ребенка? | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 9. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько экзема ребенка<br>повлияла на ваши <b>отношения с супругом(ой) и<br/>другими детьми в семье?</b>   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |
|  |               |                          |
| 10. На протяжении <u>последней недели</u> ,<br>насколько <b>уход за ребенком</b> повлиял на вашу<br>жизнь?   | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> |
|  | Сильно        | <input type="checkbox"/> |
|  | Незначительно | <input type="checkbox"/> |
|  | Совсем нет    | <input type="checkbox"/> |

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