

सोरायसिस अक्षमता सूची

- ही प्रश्नपत्रिका भरण्याबाबत आपण केलेल्या सहकार्याबद्दल आम्ही आभारी आहोत.
- कृपया प्रत्येक प्रश्नासाठी एका चौकटीवर खूण करा.
- प्रत्येक प्रश्न हा गेल्या चार आठवड्यांच्या कालावधिसंबंधीत आहे.

सर्व प्रश्न हे गेल्या चार आठवड्यांच्या कालावधिसंबंधीत आहेत.

दैनंदिन कार्ये :

- | | | |
|--|---|--|
| १. घरात किंवा बागेत काम करीत असताना तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला किती प्रमाणात अडथळा येतो ? | खूपच जास्त
बऱ्यापैकी
कमी
अजिबात नाही | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| २. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुमचे किती वेळा वेगवेगळ्या प्रकारचे किंवा रंगाचे कपडे खराब झालेले आहेत ? | खूपच जास्त
बऱ्यापैकी
कमी
अजिबात नाही | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| ३. तुम्हाला किती अधिक प्रमाणात कपडे बदलावे किंवा धुवावे लागतात ? | खूपच जास्त
बऱ्यापैकी
कमी
अजिबात नाही | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| ४. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला केशरचनाकाराकडे किती प्रमाणात समस्या भेडसावतात ? | खूपच जास्त
बऱ्यापैकी
कमी
अजिबात नाही | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| ५. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला नेहमीपेक्षा किती जास्तवेळा अंघोळ करायची लागली ? | खूपच जास्त
बऱ्यापैकी
कमी
अजिबात नाही | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

- प्रश्न ६, ७ व ८ साठी दोन वेगवेगळ्या आवृत्त्या आहेत.
- जर तुम्ही नियमित कामावर किंवा शाळेत जात असाल तर कृपया पहिल्या ६-८ प्रश्नांची उत्तरे द्या.
- जर तुम्ही नियमित कामावर किंवा शाळेत जात नसाल तर कृपया दुसऱ्या ६-८ प्रश्नांची उत्तरे द्या.

सर्व प्रश्न हे गेल्या चार आठवड्यांच्या कालावधीसंबंधीत आहे.

काम किंवा शाळा (जे योग्य असेल)

- | | | |
|--|-------------|--------------------------|
| ६. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुमच्या कामकाजाचा किंवा शाळेचा किती वेळ गेल्या चार आठवड्यात वाया गेला ? | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |
| ७. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला कामकाजाच्या किंवा शाळेच्या ठिकाणी गेल्या चार आठवड्यात काम करणे किती प्रमाणात शक्य झाले नाही ? | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |
| ८. सोरायसिसमुळे तुमच्या प्रगतीवर परीणाम झाला का ?
उदा. बढती नाकारणे, नोकरी गमावणे, नोकरी बदलण्यास सांगणे. | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |

काम किंवा शाळेत जात नसल्यास : पर्यायी प्रश्न

- | | | |
|--|-------------|--------------------------|
| ६. तुमच्या सोरायसिसमुळे गेल्या चार आठवड्यात तुम्हांस दैनंदिन काम करणे किती प्रमाणात अशक्य झाले ? | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |
| ७. तुमच्या सोरायसिसमुळे गेल्या चार आठवड्यात तुमच्या दैनंदिन कामाच्या पध्दती किती प्रमाणात बदलल्यात ? | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |
| ८. सोरायसिसमुळे तुमच्या प्रगतीवर परीणाम झाला का ?
उदा. बढती नाकारणे, नोकरी गमावणे, नोकरी बदलण्यास सांगणे. | खूपच जास्त | <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी | <input type="checkbox"/> |
| | कमी | <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही | <input type="checkbox"/> |

सर्व प्रश्न हे गेल्या चार आठवड्यांच्या कालावधीसंबंधीत आहे.

व्यक्तिगत नातेसंबंध :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ९. तुमच्या सोरायसिसमुळे गेल्या चार आठवड्यात तुमच्या लैंगिक जीवनात काही अडचणी आल्या आहेत का ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |
| १०. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्ही व तुमच्या जोडीदारामध्ये किंवा तुमच्या जवळच्या मित्रांमध्ये किंवा नातेवाईकांमध्ये समस्या निर्माण झाल्या आहेत का ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |

फुरसतीच्या वेळी :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ११. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला किती वेळा समाजात वावरणे किंवा समारंभात भाग घेणे शक्य झाले नाही ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |
| १२. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुम्हाला कोणताही खेळ खेळण्यात अडचणी उद्भवल्या का ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |
| १३. तुम्हाला सार्वजनिक स्नानगृहे किंवा कपडे बदलण्याची सोय वापरण्यास अशक्य झाले किंवा मज्जाव केला किंवा वापरताना कोणी टिका केली आहे काय? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |
| १४. तुमच्या सोरायसिसमुळे तुमच्या धुम्रपान किंवा दारू घेण्याच्या प्रमाणात नेहमीपेक्षा जास्त वाढ झालेली आहे का ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |

उपचार :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| १५. तुमच्या सोरायसिसमुळे किंवा उपचारांमुळे तुमच्या घरामध्ये पसारा किंवा घाण किती प्रमाणात निर्माण झाली आहे ? | खूपच जास्त <input type="checkbox"/> |
| | बऱ्यापैकी <input type="checkbox"/> |
| | कमी <input type="checkbox"/> |
| | अजिबात नाही <input type="checkbox"/> |

कृपया तुम्ही सर्व प्रश्नांची उत्तरे दिलेली असल्याची खात्री करा.

आपल्या सहकार्याबद्दल आम्ही आपले आभार आहेत.

© ए वाय फिनले १९९३. लेखकाच्या परवानगीशिवाय याची नक्कल करू नये.

पीडीआय आवृत्ती : टीक बॉक्स १९९९