

ІНДЭКС ЯКАСЦІ ЖЫЦЦЯ ПРЫ ЗАХВОРВАННЯХ СКУРЫ

DLQI

Hospital no:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

Мэта гэтага апытальніка — высветліць, як моцна праблемы са скурай уплывалі на Ваша жыццё НА ПРАЦЯГУ МІНУЛАГА ТЫДНЯ. Калі ласка, пастаўце адзнаку ✓ ў адным квадраціку для кожнага пытання.

- | | | | | |
|-----|--|--------------|--------------------------|---------------------------------------|
| 1. | Наколькі моцна Вашакура сварбела, ныла, балела або пакла на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Наколькі моцна Вы саромеліся або непакоіліся аб сваім знешнім выглядзе з-за сваёй скуры на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Наколькі моцна стан скуры перашкаджаў Вам хадзіць па крамах , даглядаць дом або сад на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 4. | Наколькі моцна стан скуры ўплываў на Ваша адзенне на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 5. | Наколькі моцна стан скуры ўплываў на Вашу сацыяльную дзейнасць або дзейнасць у вольны час на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 6. | Наколькі моцна стан скуры перашкаджаў Вам займацца спортам на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 7. | Ці перашкаджаў Вам поўнасцю стан скуры працаваць або вучыцца на працягу мінулага тыдня? | Так | <input type="checkbox"/> | |
| | | Не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| | Калі «не», наколькі моцна стан скуры перашкаджаў Вам працаваць або вучыцца ? | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Наколькі моцна стан скуры перашкаджаў Вашым адносінам з партнёрам або блізкімі сябрамі ці сваякамі на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 9. | Наколькі моцна стан скуры перашкаджаў Вашаму сэксуальнаму жыццю на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |
| 10. | Наколькі моцна лячэнне скуры парушала Ваша жыццё, напрыклад прыводзіла да беспарадку ў хаце або адбірала час, на працягу мінулага тыдня? | Вельмі моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Моцна | <input type="checkbox"/> | |
| | | Трохі | <input type="checkbox"/> | |
| | | Зусім не | <input type="checkbox"/> | Не прымяніма <input type="checkbox"/> |

Калі ласка, праверце, ці адказалі Вы на КОЖНАЕ пытанне дзякуй!

©Ay Finlay, GK Khan, April 1992, www.dermatology.org.uk. Гэты дакумент нельга капіраваць без дазволу аўтараў.