

ДЕРМАТОЛОШКИ ИНДЕКС КВАЛИТЕТА ЖИВОТА

DLQI

Болнички број:

Датум:

Резултат:

Име:

Дијагноза:

Адреса:

Циљ овог упитника је да измери колико је проблем на кожи утицао на Ваш живот **ТОКОМ ПРОТЕКЛИХ НЕДЕЉУ ДАНА**. Молимо Вас да означите по један квадратић за свако питање.

1.	Током протеклих недељу дана, колико вас је кожа сврбела, затезала, болела или пецкала ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Током протеклих недељу дана, у којој мери сте се због своје коже осећали збуњено или упадљиво ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Током протеклих недељу дана, у којој мери Вас је стање коже ометало при одлажењу у куповину или старању о кући или башти ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
4.	Током протеклих недељу дана, у којој мери је стање коже утицало на Ваше одевање ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
5.	Током протеклих недељу дана, у којој мери је стање коже утицало на Ваше друштвене или слободне активности?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
6.	Током протеклих недељу дана, у којој мери Вам је стање коже отежавало бављење спортом ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
7.	Током протеклих недељу дана, да ли Вас је стање коже спречавало да радите или да учите ?	да не	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
	Ако је одговор "Не", у којој мери Вам је током протеклих недељу дана кожа представљала проблем при обављању посла или учењу ?	Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Током протеклих недељу дана, у којој мери Вам је стање коже стварало проблеме са партнером или било којим од Ваших блиских пријатеља или рођака ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
9.	Током протеклих недељу дана, у којој мери Вам је стање коже проузроковало било какве сексуалне потешкоће ?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>
10.	Током протеклих недељу дана, колики проблем Вам је представљало лечење коже, на пример тако што је његова примена стварала неред у кући, или Вам је одузимала време?	Веома много Много Мало Нимало	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Није значајно <input type="checkbox"/>

Молимо Вас проверите да ли сте одговорили на **СВАКО** питање. Хвала Вам.