

ДЕРМАТОЛОГИЧЕН ИНДЕКС ЗА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

Болница №

Име:

Адрес:

Дата:

Диагноза:

DLQI

Резултат:

Целта на този въпросник е да определи до каква степен вашите кожни проблеми оказаха влияние върху живота ви **ПРЕЗ ИЗМИНАЛАТА СЕДМИЦА**. Моля поставете отметка ☒ само в едно от квадратчетата за всеки въпрос

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| 1. До каква степен през изминалата седмица усещахте сърбеж, дразнене, болка или парене на кожата? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 2. До каква степен през изминалата седмица бяхте смутен(а) или притеснен(а) заради състоянието на вашата кожа? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 3. До каква степен през изминалата седмица състоянието на вашата кожа ви попречи да пазарувате или да се грижите за дома или градината ? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 4. До каква степен през изминалата седмица състоянието на кожата ви повлия на избора на дрехите , които носихте? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 5. До каква степен през изминалата седмица състоянието на вашата кожа се отрази на социалните ви контакти и на начина, по който прекарахте свободното си време ? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 6. До каква степен през изминалата седмица състоянието на вашата кожа ви създаде трудности при спортуване ? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 7. През изминалата седмица състоянието на вашата кожа пречеше ли ви да работите или учите ? | Да
Не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| Ако отговорът е „не”, то до каква степен състоянието на кожата ви създаваше проблеми при работа или учене през изминалата седмица? | Много
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | |
| 8. До каква степен през изминалата седмица състоянието на кожата ви създаваше проблеми с вашия(та) партньор(ка) или с близки приятели или роднини ? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 9. До каква степен през изминалата седмица състоянието на кожата ви причини затруднения в сексуалния ви живот ? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |
| 10. До каква степен лечението на кожата ви през изминалата седмица ви създаваше проблеми (например с това, че ви е отнело много време или с това, че домът ви е бил разхвърлян)? | Много
Доста
Малко
Въобще не | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Не се отнася до мен <input type="checkbox"/> |

Моля, проверете дали сте отговорили на ВСИЧКИ въпроси. Благодаря.

© AY Finlay, GK Khan, April 1992, www.dermatology.org.uk, Копирането на въпросника без разрешението на авторите е забранено.

Български за България