

QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA IN DERMATOLOGIA*

N° Centro: |_|_|_|

Data: |_|_|_|

DLOI

N° Paziente: |_|_|_|

gg/mm/aa

Punteggio

Iniziali: |_|_|_|

Diagnosi: _____

Lo scopo del questionario è di misurare quanto i suoi problemi alla pelle hanno influito sulla sua vita NEGLI ULTIMI 7 GIORNI. La preghiamo di fare una crocetta ☒ su una sola casella per ogni domanda.

1.	Negli ultimi 7 giorni, ha avuto prurito, dolore, o sensazioni di bruciore alla pelle?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Negli ultimi 7 giorni, si è sentito/a imbarazzato/a o a disagio a causa dei suoi problemi alla pelle?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato fastidi per fare la spesa , occuparsi della casa (o del giardino)?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
4.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei vestiti da indossare?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
5.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influito sulle sue attività con gli altri, o di tempo libero ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
6.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno reso difficile praticare sport ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>

7.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno impedito completamente di lavorare o di studiare ?	Si No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
	Se ha risposto "no": negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà nel lavoro o nello studio ?	Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà con il/la suo/a compagno/a , con gli amici intimi o con i parenti ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
9.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà di carattere sessuale ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
10.	Negli ultimi 7 giorni, la cura per la pelle le ha dato problemi, per esempio portandole via del tempo o sporcando in casa?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>

La preghiamo di controllare di aver risposto ad OGNI domanda. Grazie.

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, Aprile 1992. Questa scheda non deve essere copiata senza il consenso degli autori.

* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.