

انموذج 7

الاسم:

العنوان:

إن هدف هذا الإستبيان هو تسجيل حدة الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدى طفلك.

كل سؤال يتعلق بالإسبوع الأخير فقط. رجاء الاجابه عن كل سؤال.

شدة الحساسية الجلدية		
<input type="checkbox"/> شديد جدا <input type="checkbox"/> شديد <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> بسيط <input type="checkbox"/> معدوم		خلال الأسبوع الماضي ما إعتقادك مدى شدة الحساسية الجلدية لدى طفلك؟ بمعنى كيف كانت كمية الإحمرار ، التقشر ، الالتهاب وما مدى انتشاره ؟
مؤشر جودة الحياة		
<input type="checkbox"/> كل الوقت <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> معدوم		1. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار معاناة طفلك من الحكّة و الخدش (الهرش)؟
<input type="checkbox"/> دائم البكاء <input type="checkbox"/> صعب التعامل جدا <input type="checkbox"/> كثير العصبيّة <input type="checkbox"/> قليل العصبيّة <input type="checkbox"/> سعيد		2. خلال الأسبوع الماضي كيف كان مزاج طفلك؟
<input type="checkbox"/> أكثر من ساعتين <input type="checkbox"/> 1-2 ساعة <input type="checkbox"/> 15 دقيقة-1 ساعة <input type="checkbox"/> صفر إلى 15 دقيقة		3. خلال الأسبوع الماضي ما هو متوسط الوقت تقريبا الذي إستلزمه طفلك ليدخل في النوم كل ليلة؟
<input type="checkbox"/> 5 ساعات، أو أكثر <input type="checkbox"/> 3-4 ساعات <input type="checkbox"/> 1-2 ساعة <input type="checkbox"/> أقل من ساعة		4. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار الوقت الكلي الذي حدث فيه ازعاج لنوم طفلك في المتوسط كل ليلة ؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		5. خلال الأسبوع الماضي هل تعارضت الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدي طفلك مع ممارسة اللعب أو السباحة؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		6. خلال الأسبوع الماضي هل تعارضت الحساسية الجلدية (الإكزيما) لدي طفلك مع المشاركة ، أو التمتع بالنشاطات العائلية الأخرى؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		7. خلال الأسبوع الماضي هل كانت هناك مشاكل مع طفلك أثناء أوقات تناول الطعام بسبب الحساسية الجلدية (الإكزيما) ؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		8. خلال الأسبوع الماضي هل سبق ان كان هناك مشاكل مع طفلك نتيجة العلاج ؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		9. خلال الأسبوع الماضي هل ادت الحساسية الجلدية (الإكزيما) في طفلك إلى ان يكون إرتداء و خلع الملابس غير مريح له؟
<input type="checkbox"/> كثيراً جدا <input type="checkbox"/> كثيراً <input type="checkbox"/> قليلاً <input type="checkbox"/> لا مطلقاً		10. خلال الأسبوع الماضي ما مقدار المشكلة لطفلك المصاب بالحساسية (الإكزيما) عند الإستحمام؟