

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Больница №

Имя, фамилия:

Возраст:

Адрес:

Диагноз:

Дата:

ОБЩИЙ БАЛЛ

CDLQI:

Цель этого опросника – выяснить, насколько сильно проблемы с кожей влияли на твою повседневную жизнь **В ТЕЧЕНИЕ ПРОШЛОЙ НЕДЕЛИ**. Отметь галочкой ✓ один ответ напротив каждого вопроса.

- | | | | | |
|-----|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | В течение прошлой недели насколько сильно кожа у тебя зудела, чесалась, была раздражена или болела? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | В течение прошлой недели насколько сильно ты был смущен или неуверен в себе, расстроен или огорчен из-за состояния своей кожи? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | В течение прошлой недели насколько сильно состояние твоей кожи влияло на твои отношения с друзьями? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | В течение прошлой недели сколько раз тебе приходилось менять или носить другую или специальную одежду или обувь из-за состояния твоей кожи? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | В течение прошлой недели насколько сильно проблемы с кожей влияли на твой выход из дома, игры или занятия любимыми делами? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | В течение прошлой недели сколько раз тебе приходилось отказываться от плавания или занятий другим видом спорта из-за проблем с кожей? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | <u>На прошлой неделе</u>
были ли
в школе занятия? | Если занятия в школе были, в течение прошлой недели насколько сильно проблемы с кожей влияли на твои школьные занятия? | Не смог пойти в школу | <input type="checkbox"/> |
| | | | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| | ИЛИ | | | |
| | были каникулы? | Если были каникулы, в течение прошлой недели насколько сильно проблемы с кожей мешали тебе получать удовольствие от каникул? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 8. | В течение прошлой недели насколько сильно тебя беспокоило то, что из-за проблем с кожей тебя обзывали, дразнили, обижали, спрашивали о твоей болезни или избегали тебя? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | В течение прошлой недели насколько сильно проблемы с кожей влияли на твой сон? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | В течение прошлой недели насколько неприятно тебе было лечить твое кожное заболевание? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> | |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> | |

Проверь, на ВСЕ ли вопросы ты ответил. Спасибо!