

Rodzinny dermatologiczny indeks jakości życia

Imię i nazwisko:

Wynik FDLQI:

Związek z pacjentem:

Diagnoza pacjenta (jeżeli znana):

Data:

Pytania nawiązują do wpływu schorzenia skórniego twojego krewnego/partnera na twoją jakość życia w ostatnim miesiącu.

Proszę uważnie przeczytać pytania i zaznaczyć jedną kratkę dla każdego pytania.

1. W ciągu ostatniego miesiąca jak wiele doznałeś/łaś emocjonalnej udreki z powodu choroby skóry twojego krewnego/partnera (np. zmartwienia, depresji, zawstydzienia, frustracji)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

2. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje fizyczne samopoczucie (np. zmęczenie, wyczerpanie, przyczynienie się do problemów zdrowotnych, zaburzenie snu/odpoczynku)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

3. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje osobiste z nim stosunki albo z innymi osobami ?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

4. W ciągu ostatniego miesiąca jak wiele doznałeś/łaś trudności związanych z reakcją innych ludzi na chorobę skóry twojego krewnego/partnera (np. znęcanie się, gapienie się, konieczność wyjaśniania innym jego/jej problemów skórnych)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

5. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoje życie towarzyskie (np. wychodzenie, odwiedzanie lub zapraszanie osób, uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

(Proszę odwróć kartkę)

6. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na rozrywkę / czas wolny (np. wakacje, własne hobby, siłownię, sporty, pływanie, oglądanie TV)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

7. W ciągu ostatniego miesiąca ile czasu zajęło ci dbanie o twojego krewnego/partnera (np. nakładanie kremów, podawanie leków lub dbanie o jej/jego skórę)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

8. W ciągu ostatniego miesiąca ile dodatkowych obowiązków domowych musiałeś/łaś wykonać z powodu choroby skóry twojego krewnego/partnera (np. sprzątanie, odkurzanie, pranie, gotowanie)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

9. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera wpłynęła na twoją pracę/naukę (np. potrzeba wzięcia wolnego, niezdolność do pracy, zmniejszenie liczby godzin przepracowanych, problemy z osobami w pracy)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

10. W ciągu ostatniego miesiąca jak bardzo choroba skóry twojego krewnego/partnera zwiększyła twoje codzienne domowe wydatki (np. koszty podróży, zakup specjalnych produktów, kremów, kosmetyków)?

Wcale/Nie dotyczy Niewiele Dużo Bardzo dużo

Dziękuję za wypełnienie kwestionariusza.