

**Семейный дерматологический индекс качества жизни (СДИКЖ)
FAMILY DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX, (FDLQI)**

Значение индекса
СДИКЖ

ФИО:

Степень родства с пациентом:

Диагноз пациента (если известен):

Дата

- Вопросы касаются влияния кожной болезни Вашего родственника/партнера на качество Вашей жизни в течение последнего месяца.
- Внимательно прочитайте, пожалуйста, вопросы и отметьте один ответ на каждый вопрос.

1.	Насколько сильное эмоциональное расстройство Вы испытывали в течение последнего месяца в связи с кожной болезнью Вашего родственника/партнера (например, беспокойство, депрессия, смущение, неудовлетворенность)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Насколько сильно кожная болезнь Вашего родственника/партнера влияла на Ваше общее самочувствие в течение последнего месяца (например, усталость, истощение, ухудшение общего состояния здоровья, нарушение сна или отдыха)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Насколько сильно кожная болезнь Вашего родственника/партнера влияла на Ваши личные взаимоотношения с ним/ней или с другими людьми в течение последнего месяца?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Насколько сильные проблемы вызывала у Вас в течение последнего месяца реакция других людей на кожную болезнь Вашего родственника/партнера (например, издевательство, пристальный взгляд, необходимость давать пояснения о его/её кожной болезни)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Насколько сильно кожная болезнь Вашего родственника/партнера влияла на Вашу общественную жизнь в течение последнего месяца (например, выходы из дома, в гости или приглашение гостей, посещение общественных мероприятий)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Насколько сильно кожная болезнь Вашего родственника/партнера мешала Вашему отдыху/досугу в течение последнего месяца (например, праздники, хобби, занятия физкультурой, спортом, плавание, просмотр ТВ)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Как много времени уделяли Вы уходу за своим больным родственником/партнером в течение последнего месяца (например, нанесение кремов или мазей, контроль приема лекарственных препаратов или уход за его/её кожей)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Много Очень много	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Как много дополнительной домашней работы Вам приходилось выполнять в течение последнего месяца в связи с кожной болезнью Вашего родственника/партнера (например, уборка, мытье полов, стирка, приготовление пищи)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Много Очень много	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Как сильно кожная болезнь Вашего родственника/партнера мешала Вашей работе или учебе в течение последнего месяца (например, необходимость брать отгулы, невозможность работать, сокращение рабочего времени, проблемы с коллегами по работе)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Насколько в течение последнего месяца возросли Ваши повседневные хозяйственные расходы по причине болезни Вашего родственника/партнера (например, расходы на поездки, покупки особых продуктов, кремов, косметики.)?	Совсем нет/Не актуально Незначительное Сильное Очень сильное	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Спасибо за заполнение опросника.