

Questionario condotto da: 	ID studio	Numero soggetto	Numero visita/ciclo	Firma della persona che compila il modulo
	Numero sperimentatore	Pagina 1 di 2		Data apposizione firma della persona che compila il modulo

Indice della Qualità della vita dei famigliari di pazienti dermatologici (FDLQI)

Nome e cognome: Punteggio FDLQI

Relazione con il/la paziente:

Diagnosi del/della paziente (se nota) Data:

- Le domande riguardano l’impatto della malattia della pelle del/la suo/a parente/partner sulla sua qualità della vita nelle ultime quattro settimane.
- Per cortesia, legga attentamente le domande e metta un segno su una sola casella per ciascuna domanda.

1. Nelle ultime quattro settimane, quanto stress emotivo ha provato a causa della malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. preoccupazione, abbattimento, imbarazzo, frustrazione)?

Per nulla/Non pertinente Un po’ Molto Moltissimo

2. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha influito sul suo benessere fisico la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. stanchezza, spossatezza, peggioramento della salute, disturbi del sonno o del riposo)?

Per nulla/Non pertinente Un po’ Molto Moltissimo

3. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha influito sulle sue relazioni personali con lui/lei o con altre persone la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner?

Per nulla/Non pertinente Un po’ Molto Moltissimo

4. Nelle ultime quattro settimane, quanti problemi ha avuto a causa delle reazioni della gente di fronte alla malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. bullismo, essere fissati, avere la necessità di spiegare agli altri il problema di pelle di lui/lei)?

Per nulla/Non pertinente Un po’ Molto Moltissimo

5. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha influito sulla sua vita sociale la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. uscire, fare visita a/invitare persone, partecipare ad eventi sociali)?

Per nulla/Non pertinente Un po’ Molto Moltissimo

(Girare il foglio)

ID studio	Numero soggetto	Numero visita/ciclo	Pagina 2 di 2
-----------	-----------------	---------------------	---------------

6. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha influito sulle sue attività del tempo libero e di svago la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. vacanze, hobby, palestra, sport, nuoto, guardare la TV)?

Per nulla/Non pertinente Un po' Molto Moltissimo

7. Nelle ultime quattro settimane, quanto tempo ha trascorso a prendersi cura del/la suo/a parente/partner (es. spalmando creme, dando medicinali o prendendosi cura della sua pelle)?

Per nulla/Non pertinente Un po' Molto Moltissimo

8. Nelle ultime quattro settimane, quanto lavoro di casa in più ha dovuto fare a causa della malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. pulire, passare l'aspirapolvere, lavare, cucinare)?

Per nulla/Non pertinente Un po' Molto Moltissimo

9. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha influito sul suo lavoro/studio la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. necessità di prendere permessi, non riuscire a lavorare, diminuzione delle ore di lavoro, problemi con la gente sul posto di lavoro)?

Per nulla/Non pertinente Un po' Molto Moltissimo

10. Nelle ultime quattro settimane, quanto ha fatto aumentare le sue spese casalinghe di routine la malattia della pelle del/la suo/a parente/partner (es. spese di viaggio, acquisto di prodotti speciali, creme, cosmetici)?

Per nulla/Non pertinente Un po' Molto Moltissimo

Grazie per avere completato il questionario.