

## ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL

Nº do hospital

Nome:

Idade:

Endereço:


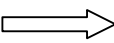
Diagnóstico:

Data:

Escore

CDLQI:

**O objetivo deste questionário é avaliar o quanto o seu problema de pele tem afetado sua vida AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque apenas uma resposta para cada pergunta.**

- |     |  |                           |                          |
|-----|--|---------------------------|--------------------------|
| 1.  | Na última semana, o quanto sua pele tem apresentado <b>coceira, sensibilidade ou dor</b> ?   | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Na última semana, o quanto você sentiu-se <b>constrangido ou pouco à vontade, chateado ou triste</b> por causa de sua pele?  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Na última semana, o quanto sua pele tem afetado suas <b>amizades</b> ?   | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Na última semana, o quanto você precisou usar <b>roupas/calçados especiais ou diferentes</b> por causa de sua pele?  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Na última semana, o quanto sua pele tem atrapalhado as suas <b>saídas, brincadeiras ou passatempos</b> ?   | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Na última semana, o quanto você evitou <b>nadar</b> ou praticar <b>outros esportes</b> por causa dos seus problemas de pele?   | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | <div><div><u>Na última semana:</u><br/><b>Era período escolar?</b></div><div></div><div><b>Se em período escolar:</b> Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu em suas <b>atividades escolares</b>?</div></div> | Me impediu de ir à escola | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
|     | <b>OU</b>  |                           |                          |
|     | <div><div><b>Era período de férias?</b></div><div></div><div><b>Se em período de férias:</b> Na última semana, o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas <b>férias</b>?</div></div>                      | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Na última semana, o quanto você teve problemas com pessoas <b>dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você</b> , por causa de sua pele?  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Na última semana, o quanto seu <b>sono</b> foi afetado por causa de seu problema de pele?  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Na última semana, o quanto o seu <b>tratamento</b> de pele foi um problema para você?  | Muitíssimo                | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Muito                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Pouco                     | <input type="checkbox"/> |
|     |  | Não                       | <input type="checkbox"/> |

**Por favor, verifique se você respondeu TODAS as perguntas. Obrigado.**