

KINDERS SE INDEKS VIR DERMATOLOGIE-LEWENSGEHALTE

Hospitaalnommer:

Naam:

Diagnose:

CDLQI

Ouderdom:

TELLING:

Adres:

Datum:

Die doel van hierdie vraelys is om te kyk hoe jou velprobleem jou OOR DIE AFGELOPE WEEK geaffekteer het. Plaas asseblief 'n regmerkje ✓ in een blokkie vir elke vraag.

- | | | | |
|------------|--|--|--|
| 1. | Hoe jeukerig , " krapperig ", seer of pynlik was jou vel oor die afgelope week? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 2. | Hoe skaam of selfbewus , ontsteld of neerslagtig was jy oor die afgelope week as gevolg van jou vel? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 3. | Hoeveel het jou velprobleem oor die afgelope week jou vriendskappe aangetas? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 4. | Tot watter mate het jy oor afgelope week as gevolg van jou velprobleem jou klere/skoene verander of ander of spesiale klere/skoene aangetrek? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 5. | Tot watter mate het jou velprobleem oor die afgelope week 'n invloed gehad op jou uitgaan , speel of jou stokperdjies beoefen? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 6. | Tot watter mate het jy oor die afgelope week swem of ander sportsoorte weens jou velprobleem vermy? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 7. | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <u>Laas week,</u>
was dit skooltyd?

OF

was dit vakansietyd? </div> <div style="flex: 1; text-align: center;">

 </div> <div style="flex: 1;"> Indien skooltyd: Tot watter mate het jou velprobleem jou skoolwerk in die laaste week geaffekteer?

 Indien vakansietyd: Tot watter mate het jou velprobleem in die laaste week jou vakansiegenot belemmer? </div> </div> | Kon nie skool toe gaan nie <input type="checkbox"/>
Baie erg <input type="checkbox"/>
Heelwat <input type="checkbox"/>
Net 'n bietjie <input type="checkbox"/>
Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 8. | Hoeveel probleme het jy oor die afgelope week weens jou vel gehad, met ander mense wat jou name noem , terg , afknou , vrae vra of jou vermy ? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 9. | Tot watter mate is jou slaap oor die afgelope week deur jou velprobleem geaffekteer? | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Net 'n bietjie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Glad nie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | |
| 10. | Hoeveel van 'n probleem was die behandeling vir jou vel oor die | Baie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | Heelwat <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

afgelope week?

Net 'n bietjie

☐

Glad nie

☐

Maak asseblief seker dat jy ELKE vraag beantwoord het. Dankie.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mei 1993. Hierdie vraelys mag nie sonder die toestemming van die outeurs gekopieer word nie.