

QUESTIONARIO SULLA QUALITÀ DELLA VITA DEI BAMBINI
AFFETTI DA MALATTIE DERMATOLOGICHE

N. dell'ospedale

Nome:

Età:

Indirizzo:


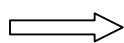
Diagnosi:

Data:

PUNTEGGIO

CDLQI:

Lo scopo del presente questionario è di misurare quanto il tuo problema alla pelle ti ha influenzato/a NELL'ULTIMA SETTIMANA. Fai una crocetta (X) su una sola casella per ogni domanda.

- | | | | |
|-----|---|---|--------------------------|
| 1. | Nell'ultima settimana, quanto prurito, irritazione o dolore hai sentito alla pelle? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Nell'ultima settimana, quanto ti sei sentito/a imbarazzato/a, a disagio, irritato/a o triste a causa della tua pelle? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Nell'ultima settimana, in che misura la tua pelle ha influito sulle tue amicizie ? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Nell'ultima settimana, quanto spesso ti sei cambiato/a o hai indossato vestiti/scarpe diversi o particolari a causa della tua pelle? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Nell'ultima settimana, in che misura i tuoi problemi alla pelle hanno influito sulle tue uscite, i giochi o i tuoi hobby ? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Nell'ultima settimana, quanto spesso hai evitato di andare a nuotare o di fare altri sport a causa dei tuoi problemi alla pelle? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Dovevi andare a scuola la settimana scorsa ?  | Se dovevi andare a scuola: | |
| | | Nell'ultima settimana, in che misura la tua pelle è stata un problema per te sul piano del rendimento scolastico ? | |
| | | Mi ha impedito di andare a scuola | <input type="checkbox"/> |
| | | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| | OPPURE | | |
| | era vacanza ?  | Se era vacanza: | |
| | | Nell'ultima settimana, in che misura la tua pelle ha influito sul tuo divertimento in vacanza ? | |
| | | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Nell'ultima settimana, quanti problemi hai avuto a causa della tua pelle perché gli altri ti hanno insultato, preso in giro, sono stati prepotenti con te, ti hanno fatto domande o ti hanno evitato ? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Nell'ultima settimana, quanto il tuo problema alla pelle ha influito sul tuo sonno ? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Nell'ultima settimana, quanto è stato un problema per te il trattamento che devi fare per la pelle? | Moltissimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Abbastanza | <input type="checkbox"/> |
| | | Un po' | <input type="checkbox"/> |
| | | Per niente | <input type="checkbox"/> |

Per favore controlla di avere risposto a TUTTE le domande. Grazie.