**పిల్లల చర్మ రోగ సంబంధిత జీవన నాణ్యత సూచిక**

ఆసుపత్రి నం.

పేరు: రోగ నిర్ధారణ: సి డి ఎల్

వయస్సు: క్యూ ఐ స్కోరు:

చిరునామా: తేదీ:

# గత వారంలో మీ చర్మ సమస్య మిమ్మల్ని ఎంత ప్రభావితం చేసిందని కొలవటం ఈ ప్రశ్నావళి యొక్క లక్ష్యం. ప్రతి ప్రశ్నకు ఒక బాక్స్ లో దయచేసి ✓ గుర్తు పెట్టండి.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | గత వారంలో, మీ చర్మం ఎంత **దురదగా, "గోళ్ళతో గీరుకోవాలని అనిపించేలాగా",  బాధగా** లేదా **నొప్పిగా** ఉంది? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **2.** | గత వారంలో, మీ చర్మం కారణంగా మీరు ఎంత **ఇరకాటంలో  పడ్డారు** లేదా **వ్యాకులం చెందారు**, **కలత చెందారు** లేదా  **విచారంగా** ఉన్నారు? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **3.** | గత వారంలో, మీ చర్మం మీ **స్నేహాలను** ఎంత  ప్రభావితం చేసింది? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **4.** | గత వారంలో, మీ చర్మం వల్ల మీరు **విభిన్న** లేదా **ప్రత్యేక బట్టలు / షూలను ఎంత** మార్చారు లేదా ధరించారు? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **5.** | గత వారంలో, మీ చర్మ వల్ల కలిగిన ఇబ్బంది, **బయటికి వెళ్ళడం,  ఆడుకోవడం** లేదా **ఇష్టంతో చేసే పనులను** నిర్వహించడాన్ని  ఎంత ప్రభావితం చేసింది? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **6.** | గత వారంలో, మీ చర్మం వల్ల కలిగిన ఇబ్బంది కారణంగా  మీరు **ఈత కొట్టడం** లేదా **ఇతర క్రీడలలో** పాల్గొనడం నుండి  ఎంత తప్పించుకున్నారు? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **7.** | గత వారం,  అది  **స్కూలు సమయమా**?  **లేదా**  అది  **సెలవు సమయమా**? | **స్కూలు సమయమైతే:** గత వారంలో,  మీ చర్మం వల్ల కలిగిన సమస్య  మీ **స్కూలు పనిని** ఎంత  ప్రభావితం చేసింది?  సెలవు **సమయమైతే:** గత వారంలో, మీ చర్మం వల్ల కలిగిన  సమస్య మీ **సెలవును** ఆనందించడంలో  ఎంత ఙోక్యం చేసుకుంది? | స్కూలుకు పోకుండా నిరోధించింది  చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు  చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **8.** | గత వారంలో, మీ చర్మం కారణంగా, ఇతర వ్యక్తులు మిమ్మల్ని  **పేర్లు పెట్టి పిలవడం,** **ఎగతాళి చేయడం,** **బెదిరించడం,**  **ప్రశ్నలు అడుగడం** లేదా **మిమ్మల్ని తప్పించుకు తిరగడం**  వల్ల ఎంత ఇబ్బంది పడ్డారు? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **9.** | గత వారంలో, మీ చర్మం యొక్క సమస్య కారణంగా  మీ **నిద్ర** ఎంత ప్రభావితం చెందింది? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |
| **10.** | గత వారంలో, మీ చర్మం యొక్క **చికిత్స** ఎంత  సమస్యగా ఉండేది? | | చాలా ఎక్కువగా  చాలా  కొద్దిగా మాత్రమే  అస్సలు లేదు |  |

# మీరు ప్రతి ప్రశ్నకు సమాధానం ఇచ్చారో లేదో చెక్ చేయండి. మీకు ధన్యవాదాలు