

ИНДЕКС НА ДЕТСКОТО ДЕРМАТОЛОГИЧНО КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ

Болница №

Име:

Възраст:

Адрес:

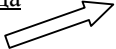
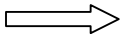
Диагноза:

Дата:

РЕЗУЛТАТ ОТ

CDLQI:

Целта на този въпросник е да измери доколко проблемите ти с кожата са ти пречили **ПРЕЗ ПОСЛЕДНАТА СЕДМИЦА**. Моля, отбележи с ✓ една кутийка за всеки въпрос.

- | | | | |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------|
| 1. | През последната седмица, колко те сърбеше , „чесеше“, беше болезнена или те болеше кожата ти? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 2. | През последната седмица, колко засрамен/а или притеснен/а , разочарован/а или тъжен/на беше, поради състоянието на кожата ти? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 3. | През последната седмица, доколко състоянието на кожата ти попречи на твоите приятелства ? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 4. | През последната седмица, доколко сменяше или използваше различни или специални дрехи/обувки поради състоянието на кожата ти? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 5. | През последната седмица, доколко проблемът с кожата ти, попречи да излизаш навън , да играеш или да правиш хобитата си ? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 6. | През последната седмица, доколко избягваше плуване или други спортове , поради проблема с кожата ти? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <u>Последната седмица</u>
учебно време  Ако е учебно време: През последната седмица, доколко състоянието на кожата ти попречи на работата ти в училище ? | Попречи ми да отида на училище | <input type="checkbox"/> |
| | | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| | ИЛИ | | |
| | беше ваканция?  Ако е ваканция: Доколко проблемът с кожата ти попречи да се насладиш на ваканцията през последната седмица? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 8. | През последната седмица, доколко имаше проблеми с хора, които поради състоянието на кожата ти те обиждаха , дразнеха , малтретираха , задаваха въпроси или те избягваха ? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 9. | През последната седмица, до каква степен сънят ти беше нарушен от твоя проблем с кожата? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |
| 10. | През последната седмица, до каква степен беше проблем лечението на кожата ти? | Изключително много | <input type="checkbox"/> |
| | | Много | <input type="checkbox"/> |
| | | Малко | <input type="checkbox"/> |
| | | Изобщо не | <input type="checkbox"/> |

Моля, провери дали си отговорил/а на **ВСЕКИ ЕДИН** въпрос. Благодарим ти.