

DZIECIĘCY, DERMATOLOGICZNY WSKAŹNIK JAKOŚCI ŻYCIA


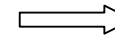
Szpital nr
Nazwisko:
Wiek:
Adres:

Rozpoznanie:

Data:

CDLQI
Liczba punktów:

Celem ankiety jest zmierzenie, jak bardzo zmiany skórne były dla Ciebie uciążliwe W CIĄGU OSTATNIEGO TYGODNIA. W każdym pytaniu proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

- | | | | |
|-----|--|---|--------------------------|
| 1. | Jak swędząca, podrapana, bolesna była Twoja skóra w ciągu ostatniego tygodnia? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoja skóra wywoływała u Ciebie uczucie zawstydenia, nieśmiałości, smutku lub zaniepokojenia ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoja skóra wpływała na Twoje kontakty z przyjaciółmi ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoja skóra spowodowała, że zmieniłeś/aś lub zacząłeś/aś nosić inne lub specjalne ubrania lub buty ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoje problemy skórne wpływały na wychodzenie z domu, zabawę czy uprawianie hobby ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoje problemy skórne utrudniały Ci plywanie lub uprawianie innego sportu ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <div><div>Czy w ostatnim tygodniu: odbywały się zajęcia szkolne?</div><div></div><div>Jeżeli odbywały się zajęcia szkolne: Jak bardzo w czasie ostatniego tygodnia Twoja skóra przeszkadzała Ci w nauce?</div></div> | Uniemożliwiała chodzenie do szkoły | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo mocno przeszkadzała | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo przeszkadzała | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę przeszkadzała | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale nie przeszkadzała | <input type="checkbox"/> |
| | CZY | | |
| | były wakacje? | | |
| | <div></div> | Jeżeli były wakacje: Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoja skóra wpłynęła na radość odczuwaną z wakacji ? | |
| | | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoja skóra spowodowała, że inni ludzie przezywali Cię, dokuczali Ci, znęcali się nad Tobą , zadawali Ci pytania lub unikali Cię? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia Twoje problemy skórne zaburzały Ci sen ? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Jak bardzo w ciągu ostatniego tygodnia leczenie Twojej skóry odczuwałeś jako problem? | Bardzo mocno | <input type="checkbox"/> |
| | | Bardzo | <input type="checkbox"/> |
| | | Trochę | <input type="checkbox"/> |
| | | Wcale | <input type="checkbox"/> |

Proszę sprawdzić, czy odpowiedziałeś na KAŻDE pytanie. Dziękujemy.