

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

DLQI

Hospital No:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

Целью данного опросника является, определить насколько повлияли проблемы связанные с кожей на Вашу жизнь ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ. Пожалуйста, отметьте ✓ один пункт для каждого вопроса.

- | | | | | |
|-----|--|--------------|--------------------------|---|
| 1. | Насколько сильно Вы испытывали зуд, болячки, боль или жжение кожи, за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Насколько сильно Вы испытывали смущение или застенчивость из-за проблем с Вашей кожей, за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Насколько сильно мешали Вам проблемы с кожей при покупках , уходе за домом или двором , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 4. | Насколько сильно влияли проблемы с кожей на Ваш выбор одежды , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 5. | Насколько сильно влияли проблемы с кожей на Вашу социальную жизнь или активности, которыми Вы занимаетесь в свободное от работы время , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 6. | Насколько сильно мешали Вам проблемы с кожей заниматься спортом , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 7. | Проблемы с кожей предотвратили Вашу работу или учёбу , за последнюю неделю? | Да | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нет | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| | Если Ваш ответ "Нет", насколько сильно повлияла проблема кожи на Вашу работу или учебу , за последнюю неделю? | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Насколько сильно мешали проблемы с кожей Вашим отношениям с партнером, близкими друзьями или родственниками , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 9. | Насколько являлись проблемы с кожей причиной Ваших сексуальных затруднений , за последнюю неделю? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 10. | Насколько проблематичным являлось лечение Вашего кожного заболевания, за последнюю неделю, например, из-за беспорядка в доме или траты большого количества времени? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Сильно | <input type="checkbox"/> | |
| | | Слегка | <input type="checkbox"/> | |
| | | Нисколько | <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |

Пожалуйста, проверьте, ответили ли Вы на КАЖДЫЙ вопрос. Спасибо.

©AY Finlay, GK Khan, April 1992, www.dermatology.org.uk . Запрещается копировать данный текст без согласия авторов.