

## ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA PARA INFANTES CON DERMATITIS (IDQOL)

El objetivo de este formato es registrar cómo ha estado la dermatitis de su niño(a). Cada pregunta se refiere ÚNICAMENTE A LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor contestar cada pregunta.

	<b>Severidad de la Dermatitis</b>		
	Durante la última semana, ¿qué tan severa cree usted que ha estado la dermatitis de su niño(a)? Ejemplo. ¿qué tan roja, escamosa, inflamada o extendida?	Extremadamente severa Severa Regular Bastante aceptable Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Índice de Calidad de Vida</b>		
1.	Durante la última semana, ¿qué tanto ha sentido <b>comezón o se ha rascado</b> ?	Todo el tiempo Mucho Un Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Durante la última semana, ¿cómo ha estado el <b>humor de su niño(a)</b> ?	Siempre llorando/ extremadamente difícil Muy irritable Ligeramente irritable Feliz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Durante la última semana ¿aproximadamente cuánto <b>tiempo</b> en promedio le ha tomado <b>dormir a su niño(a) por la noche</b> ?	Más de 2 horas 1 - 2 horas 15 minutos - 1 hora 0-15 minutos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto <b>tiempo en promedio se ha interrumpido el sueño de su niño(a)</b> durante la noche?	5 horas o más 3 - 4 horas 1 - 2 horas Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana ¿el eczema de su niño(a) ha interferido con sus <b>juegos o su natación</b> ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana ¿el eczema de su niño(a) interfirió en que <b>participara o disfrutara de actividades familiares</b> ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana ¿ha habido problemas a la <b>hora de comer de su niño(a)</b> a causa del eczema?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	Durante la última semana, ¿ha habido problemas con su niño(a) causados por el <b>tratamiento</b> ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿qué tanto <b>inconveniente</b> le ha causado el eczema de su niño(a) al <b>vestirlo y desvestirlo</b> ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha sido el eczema de su niño(a) para la hora del <b>baño</b> ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Por favor revise que haya contestado cada pregunta.