

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Больница №

Ф.И.О.:

Возраст:

Адрес:

Диагноз:

Дата:

ОБЩИЙ БАЛЛ

CDLQI:

Цель этого опросника – выяснить, какое влияние оказывали проблемы с кожей на твою повседневную жизнь ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ. Отметь галочкой ✓ один квадратик в каждом вопросе.

- | | | | |
|-----|--|--|--|
| 1. | За последнюю неделю насколько сильно кожа у тебя зудела, чесалась, была раздражена или болела? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 2. | За последнюю неделю насколько сильно ты был смущен(-а) или стеснен(-а), расстроен(-а) или огорчен(-а) из-за состояния своей кожи? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 3. | За последнюю неделю насколько сильно состояние твоей кожи влияло на твои отношения с друзьями? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 4. | За последнюю неделю как часто тебе приходилось менять или носить другую или специальную одежду или обувь из-за состояния твоей кожи? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 5. | За последнюю неделю насколько проблемы с кожей мешали тебе выходить из дома, играть или заниматься любимыми делами? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 6. | За последнюю неделю как часто тебе приходилось отказываться от плавания или занятий другим видом спорта из-за проблем с кожей? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <div>На последней неделе в школе были занятия?</div> <div>ИЛИ</div> <div>были каникулы?</div> | <div>Если занятия в школе были: за последнюю неделю насколько сильно проблемы с кожей мешали твоим школьным занятиям?</div> <div>Если были каникулы: за последнюю неделю насколько сильно проблемы с кожей мешали тебе получать удовольствие от каникул?</div> | <div>Не смог пойти в школу</div> <div>Очень сильно</div> <div>Довольно сильно</div> <div>Чуть-чуть</div> <div>Совсем нет</div> <div>Очень сильно</div> <div>Довольно сильно</div> <div>Чуть-чуть</div> <div>Совсем нет</div> |
| 8. | За последнюю неделю насколько сильно тебя беспокоило то, что из-за проблем с кожей тебя обзывали, дразнили, обижали, спрашивали о твоей болезни или избегали тебя? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 9. | За последнюю неделю насколько сильно проблемы с кожей мешали тебе спать? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |
| 10. | За последнюю неделю насколько сильно лечение твоего кожного заболевания создавало тебе сложности? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Чуть-чуть | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем нет | <input type="checkbox"/> |

Проверь, на ВСЕ ли вопросы ты ответил. Спасибо!