

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ДЛЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Больница №

Ф.И.О.:

Возраст:

Адрес:

Диагноз:

Дата:

CDLQI

ОБЩИЙ БАЛЛ

Цель этого опросника – выяснить, насколько проблемы с кожей мешали тебе в повседневной жизни ПОСЛЕДНИЕ 7 ДНЕЙ. Отметь галочкой (V) один ответ напротив каждого вопроса:

- | | | | |
|-----|--|--|--|
| 1. | За последние 7 дней, насколько сильно кожа у тебя зудела, «чесалась», была раздражена или болела? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 2. | За последние 7 дней, насколько ты был смущен или неуверен в себе, расстроен или огорчен из-за состояния своей кожи? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 3. | За последние 7 дней, насколько состояние твоей кожи портило твои отношения с друзьями? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 4. | За последние 7 дней, 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"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 5. | За последние 7 дней, насколько проблемы с кожей мешали тебе выходить из дома, играть или заниматься любимыми делами? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 6. | За последние 7 дней, 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"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <div>Последние 7 дней, были ли в школе занятия?</div> <div>ИЛИ</div> <div>были каникулы?</div> | <div>Если занятия в школе были: За последние 7 дней, насколько проблемы с кожей мешали твоим школьным занятиям?</div> <div>Если были каникулы: За последние 7 дней, насколько 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>Совсем немного</div> <div>Никогда</div> <div>Очень сильно</div> <div>Довольно сильно</div> <div>Совсем немного</div> <div>Никогда</div> |
| 8. | За последние 7 дней, насколько 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"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 9. | За последние 7 дней, насколько проблемы с кожей мешали тебе спать? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |
| 10. | За последние 7 дней, насколько неприятно тебе было лечить твое кожное заболевание? | Очень сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Довольно сильно | <input type="checkbox"/> |
| | | Совсем немного | <input type="checkbox"/> |
| | | Никогда | <input type="checkbox"/> |

Проверь, на ВСЕ ли вопросы ты ответил. СПАСИБО!