

ВОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (DERMATOLOGY LIFE QUALITY INDEX, DLQI)

DLQI

Лечебное учреждение:

Дата:

Значение индекса:

ФИО пациента:

Диагноз:

Адрес:

Цель этого вопросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание в ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте одну ячейку для каждого вопроса.

1.	На протяжении последней недели насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или покалывание кожи?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	На протяжении последней недели, насколько сильно Вы чувствовали смущение и неловкость из-за состояния Вашей кожи?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
4.	На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды , которую Вы одевали?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
5.	На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу социальную деятельность или досуг?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
6.	На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия спортом?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
7.	Препятствовало ли состояние Вашей кожи присутствию на работе или занятиях в течение последней недели?	Да Нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
	Если "Нет", то в какой степени, на протяжении последней недели, состояние Вашей кожи было проблемой для Вашей работы или обучения?	Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	На протяжении последней недели, насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером или Вашими близкими друзьями или родственниками?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
9.	На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших сексуальных проблем?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>
10.	На протяжении последней недели насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время?	Очень сильно Сильно Незначительно Совсем нет	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не применимо <input type="checkbox"/>

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