

ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Hospital No:	Date:		DLQI
Name:		Score:	
Address:	Diagnosis:		

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказывало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ 7 ДНЕЙ. Пожалуйста, отметьте галочкой ✓ один квадратик для каждого вопроса.

- | | | | |
|-----|--|---|--|
| 1. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 2. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 3. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 4. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы носили? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 5. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу социальную жизнь или занятия на досуге? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 6. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи затрудняло Ваши занятия спортом? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 7. | На протяжении последних 7 дней лишило ли Вас состояние Вашей кожи возможности работать или учиться? | Да <input type="checkbox"/>
Нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| | Если "Нет", то в какой степени на протяжении последних 7 дней состояние Вашей кожи было проблемой для Вашей работы или обучения? | Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | |
| 8. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером(-шей) или Вашими близкими друзьями или родственниками? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 9. | На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной каких бы то ни было сексуальных проблем? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |
| 10. | На протяжении последних 7 дней, насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания Вам мешало, например, создавало беспорядок в доме или отнимало время? | Очень сильно <input type="checkbox"/>
Сильно <input type="checkbox"/>
Незначительно <input type="checkbox"/>
Совсем нет <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится <input type="checkbox"/> |

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