

# Дерматологический индекс качества жизни

Опросник по качеству жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями.

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой одну ячейку для каждого вопроса.

**1. На протяжении последней недели насколько сильно беспокоили Вас зуд, чувствительность, болезненность или жжение кожи?**

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Очень сильно  |
| <input type="checkbox"/> | Сильно        |
| <input type="checkbox"/> | Незначительно |
| <input type="checkbox"/> | Совсем нет    |

**2. На протяжении последней недели насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи?**

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Очень сильно  |
| <input type="checkbox"/> | Сильно        |
| <input type="checkbox"/> | Незначительно |
| <input type="checkbox"/> | Совсем нет    |

**3. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом?**

|                          |               |                          |                     |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится |
| <input type="checkbox"/> | Сильно        |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Незначительно |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Совсем нет    |                          |                     |

**4. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы надевали?**

|                          |               |                          |                     |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится |
| <input type="checkbox"/> | Сильно        |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Незначительно |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Совсем нет    |                          |                     |

**5. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на Вашу социальную жизнь или досуг?**

|                          |               |                          |                     |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Очень сильно  | <input type="checkbox"/> | Ко мне не относится |
| <input type="checkbox"/> | Сильно        |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Незначительно |                          |                     |
| <input type="checkbox"/> | Совсем нет    |                          |                     |

# Дерматологический индекс качества жизни

Опросник по качеству жизни пациентов с дерматологическими заболеваниями.

Цель этого опросника – оценить, какое влияние оказало на Вашу жизнь кожное заболевание НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНЕЙ НЕДЕЛИ. Пожалуйста, отметьте галочкой одну ячейку для каждого вопроса.

**6. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи затруднило Ваши занятия спортом?**

Очень сильно

Сильно

Незначительно

Совсем нет

Ко мне не относится

**7. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи не позволяло Вам работать или учиться?**

Да

Нет

Ко мне не относится

Если «нет», то в какой степени на протяжении последней недели состояние Вашей кожи было проблемой для Вашей работы или обучения?

Очень сильно

Сильно

Незначительно

**8. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером(-шей), или Вашими близкими друзьями, или родственниками?**

Очень сильно

Сильно

Незначительно

Совсем нет

Ко мне не относится

**9. На протяжении последней недели насколько сильно состояние Вашей кожи было причиной Ваших каких бы то ни было сексуальных проблем?**

Очень сильно

Сильно

Незначительно

Совсем нет

Ко мне не относится

**10. На протяжении последней недели насколько сильно лечение Вашего кожного заболевания создавало Вам сложности, например беспорядок в доме, или отнимало время?**

Очень сильно

Сильно

Незначительно

Совсем нет

Ко мне не относится