

**ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

DLQI

Hospital No:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

Целью данного опросника является, определить насколько повлияли проблемы связанные с кожей на Вашу жизнь ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ. Пожалуйста, отметьте ✓ один пункт для каждого вопроса.

- |     |  |                                       |                                 |                                    |                                    |   |
|-----|--|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| 1.  | Насколько сильно Вы испытывали <b>зуд, болячки, боль</b> или <b>жжение</b> кожи, за последнюю неделю?  | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> |   |
| 2.  | Насколько сильно Вы испытывали <b>смущение</b> или <b>застенчивость</b> из-за проблем с Вашей кожей, за последнюю неделю?  | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> |   |
| 3.  | Насколько сильно мешали Вам проблемы с кожей при <b>покупках</b> , уходе за <b>домом</b> или <b>двором</b> , за последнюю неделю?  | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Насколько сильно влияли проблемы с кожей на Ваш выбор <b>одежды</b> , за последнюю неделю?   | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Насколько сильно влияли проблемы с кожей на Вашу <b>социальную жизнь</b> или <b>активности, которыми Вы занимаетесь в свободное от работы время</b> , за последнюю неделю? | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Насколько сильно мешали Вам проблемы с кожей заниматься <b>спортом</b> , за последнюю неделю?  | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Проблемы с кожей предотвратили Вашу <b>работу</b> или <b>учёбу</b> , за последнюю неделю?  | Да <input type="checkbox"/>           | Нет <input type="checkbox"/>    |                                    |                                    | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
|     | Если Ваш ответ "Нет", насколько сильно повлияла проблема кожи на Вашу <b>работу</b> или <b>учебу</b> , за последнюю неделю?  | Сильно <input type="checkbox"/>       | Слегка <input type="checkbox"/> | Нисколько <input type="checkbox"/> |                                    |   |
| 8.  | Насколько сильно мешали проблемы с кожей Вашим отношениям с <b>партнером, близкими друзьями</b> или <b>родственниками</b> , за последнюю неделю?                           | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Насколько являлись проблемы с кожей причиной Ваших <b>сексуальных затруднений</b> , за последнюю неделю?   | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |
| 10. | Насколько проблематичным являлось <b>лечение</b> Вашего кожного заболевания, за последнюю неделю, например, из-за беспорядка в доме или траты большого количества времени? | Очень сильно <input type="checkbox"/> | Сильно <input type="checkbox"/> | Слегка <input type="checkbox"/>    | Нисколько <input type="checkbox"/> | Не имеет отношения <input type="checkbox"/> |

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

©AY Finlay, GK Khan, April 1992, [www.dermatology.org.uk](http://www.dermatology.org.uk). Запрещается копировать данный текст без согласия авторов.