

**ОПРОСНИК ПО КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ ДЛЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**


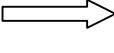
Больница №  
Ф.И.О.:  
Возраст:  
Адрес:

Диагноз:

Дата:

ОБЩИЙ БАЛЛ  
CDLQI:

**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?                                  | Приходилось в большей степени  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | В некоторой степени приходилось  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Практически не приходилось   | <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?  | Приходилось в большей степени  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | В некоторой степени приходилось  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Практически не приходилось   | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Никогда  | <input type="checkbox"/>                       |
| 7.  | <u>Последние 7 дней,</u><br>были ли<br>в школе занятия?  | <b>Если занятия в школе были:</b> За последние 7 дней, насколько проблемы с кожей мешали твоим школьным занятиям?        | Не смог пойти в школу <input type="checkbox"/> |
|     |   |  | Очень сильно <input type="checkbox"/>          |
|     |  |  | Довольно сильно <input type="checkbox"/>       |
|     |  |  | Совсем немного <input type="checkbox"/>        |
|     |  |  | Никогда <input type="checkbox"/>               |
|     | <b>ИЛИ</b>   |  |  |
|     | были<br>каникулы?  | <b>Если были каникулы:</b> За последние 7 дней, насколько проблемы с кожей мешали тебе получать удовольствие от каникул? | Очень сильно <input type="checkbox"/>          |
|     |   |  | Довольно сильно <input type="checkbox"/>       |
|     |  |  | Совсем немного <input type="checkbox"/>        |
|     |  |  | Никогда <input type="checkbox"/>               |
| 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 неприятно  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Довольно неприятно   | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Немного неприятно  | <input type="checkbox"/>                       |
|     |  | Не было неприятно  | <input type="checkbox"/>                       |

**Проверь, на ВСЕ ли вопросы ты ответил. СПАСИБО!**