

Ocena zaawansowania łuszczycy - DLQI

Chory
imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr PESEL

Nr historii choroby pacjenta

Data oceny DLQI:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

dzień miesiąc rok

DLQI=

Polska wersja *Dermatology Life Quality Index* (DLQI – wskaźnik jakości życia zależny od dolegliwości skórnych).
Celem tego kwestionariusza jest zbadanie w jakim stopniu dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie
W OSTATNIM TYGODNIU.

Przy każdym pytaniu proszę zaznaczyć jedną kratkę.

1.	W jakim stopniu odczuwał/a Pan/Pani w ostatnim tygodniu swędzenie, bolesność, pieczenie lub mrowienie skóry?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia był/a Pan/Pani zakłopotany/a lub zażenowany/a stanem swojej skóry?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
4.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani ubiór ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
5.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne wpływały na Pana/Pani życie towarzyskie lub spędzanie wolnego czasu ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
6.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne przeszkadzały Panu/Pani w uprawianiu sportu ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
7.	Czy w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne uniemożliwiały Panu/Pani pracę lub naukę ?	Tak Nie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
	Jeśli odpowiedział Pan/Pani „Nie”, to w jakim stopniu w ostatnim tygodniu dolegliwości skórne Pana/Pani utrudniały Panu/Pani pracę zawodową lub naukę ?	Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia dolegliwości skórne stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką, przyjaciółmi lub rodziną ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
9.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia stan Pana/Pani skóry utrudniał współżycie seksualne ?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>
10.	W jakim stopniu w okresie ostatniego tygodnia leczenie dolegliwości skórnych stanowiło dla Pana/Pani problem, taki jak np. utrudnienie utrzymania porządku czy nadmierne zaabsorbowanie czasu?	Bardzo mocno Bardzo Trochę Wcale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie dotyczy <input type="checkbox"/>

Punktacja DLQI:

- 0-1 pkt. - normalna jakość życia (no effect on patient QoL)
- 2-5 pkt. - nieznacznie obniżona jakość życia (small effect)
- 6-10 pkt. - umiarkowanie obniżona jakość życia (moderate effect)
- 11-20 pkt. - mocno obniżona jakość życia (very large effect)
- 21-30 pkt. - bardzo mocno obniżona jakość życia (extremely large effect)

Skala:

- Bardzo mocno – 3 pkt.
- Bardzo – 2 pkt.
- Trochę – 1 pkt.
- Wcale – 0 pkt.

.....
podpis i pieczęć lekarza leczącego