

DERMATOLOGIA INFANTILE – INDICE DELLA QUALITÀ DELLA VITA

N° Ospedale:

Nome:

Età:

Indirizzo:

Diagnosi:

Data:

CDLQI

PUNTEGGIO:

Lo scopo di questo questionario è misurare quanto il tuo problema della pelle ti ha creato disturbo NELL'ULTIMA SETTIMANA. Seleziona una risposta per ogni domanda.

- | | | |
|-----|--|---|
| 1. | Nell'ultima settimana, hai sofferto di prurito, bisogno di grattarti, disagio e dolore alla pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 2. | Nell'ultima settimana, ti sei sentito imbarazzato, a disagio per quello che pensano gli altri, turbato o triste a causa dei tuoi problemi di pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 3. | Nell'ultima settimana, quanto i tuoi problemi di pelle hanno disturbato i tuoi rapporti di amicizia ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 4. | Nell'ultima settimana, hai cambiato i vestiti o le scarpe , o hai indossato vestiti e scarpe diversi o speciali a causa dei tuoi problemi di pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 5. | Nell'ultima settimana, i tuoi problemi di pelle hanno disturbato le uscite, il gioco, i divertimenti o gli hobby ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 6. | Nell'ultima settimana, hai evitato di praticare il nuoto o gli altri sport a causa dei tuoi problemi di pelle? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 7. | L'ultima settimana, era periodo di scuola ? | Se in periodo di scuola : Nell'ultima settimana i tuoi problemi di pelle hanno interferito con le tue attività scolastiche ? |
| | OPPURE | Impedito di andare a scuola <input type="checkbox"/>
Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| | era periodo di vacanza ? | Se in periodo di vacanza : Nell'ultima settimana i tuoi problemi di pelle hanno interferito con il godimento della tua vacanza ? |
| | | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 8. | Nell'ultima settimana, hai provato disagio a causa dei tuoi problemi di pelle: ad esempio gli altri compagni ti hanno dato nomignoli , ti hanno preso in giro , sono stati prepotenti , ti hanno fatto domande o ti hanno evitato ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 9. | Nell'ultima settimana, quanto i tuoi problemi di pelle ti hanno disturbato il sonno ? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |
| 10. | Nell'ultima settimana, la cura della pelle ti ha creato problemi? | Moltissimo <input type="checkbox"/>
Molto <input type="checkbox"/>
Poco <input type="checkbox"/>
Per niente <input type="checkbox"/> |

Controlla di aver risposto a TUTTE le domande. Grazie.