

## QUESTIONARIO SULLA QUALITA' DELLA VITA IN DERMATOLOGIA\*

N° Centro:     |\_|\_|\_|\_|

Data:         |\_|\_|\_|\_|

**DLQI**

N° Paziente:   |\_|\_|\_|\_|

gg/mm/aa

Punteggio

Iniziali:       |\_|\_|\_|\_|

Diagnosi: \_\_\_\_\_

**Lo scopo del questionario è di misurare quanto i suoi problemi alla pelle hanno influito sulla sua vita NEGLI ULTIMI 7 GIORNI. La preghiamo di fare una crocetta  su una sola casella per ogni domanda.**

1.	Negli ultimi 7 giorni, ha avuto <b>prurito, dolore, o sensazioni di bruciore</b> alla pelle?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Negli ultimi 7 giorni, si è sentito/a <b>imbarazzato/a o a disagio</b> a causa dei suoi problemi alla pelle?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato fastidi per <b>fare la spesa, occuparsi della casa</b> (o del <b>giardino</b> )?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
4.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influenzato la scelta dei <b>vestiti</b> da indossare?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
5.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle hanno influito sulle sue <b>attività con gli altri, o di tempo libero</b> ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
6.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno reso difficile praticare <b>sport</b> ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>

7.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno impedito completamente di <b>lavorare</b> o di <b>studiare</b> ?	Si' No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
	Se ha risposto "no": negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà nel <b>lavoro</b> o nello <b>studio</b> ?	Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato difficoltà con il/la suo/a <b>compagno/a</b> , con gli <b>amici intimi</b> o con i <b>parenti</b> ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
9.	Negli ultimi 7 giorni, i suoi problemi alla pelle le hanno creato <b>difficoltà di carattere sessuale</b> ?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>
10.	Negli ultimi 7 giorni, la <b>cura</b> per la pelle le ha dato problemi, per esempio portandole via del tempo o sporcando in casa?	Moltissimo Molto Un po' Per niente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Non riguarda il mio caso <input type="checkbox"/>

**La preghiamo di controllare di aver risposto ad OGNI domanda. Grazie.**

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, Aprile 1992. Questa scheda non deve essere copiata senza il consenso degli autori.

\* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.