

DERMATOLOGISKT LIVSKVALITETSINDEX (DLQI)

Sjukhus nr:
Namn:
Adress:

Datum:
Diagnos:

DLQI
Poäng:

Syftet med detta frågeformulär är att få veta hur mycket dina hudbesvär har påverkat ditt liv UNDER DEN SENASTE VECKAN. Var vänlig och kryssa i en ruta för varje fråga.

- | | | | | |
|-----|--|---|---|--|
| 1. | Hur mycket har din hud kliat, ömmat, värkt eller svidit under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Hur besvärad eller osäker på dig själv har du varit på grund av din hud under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Hur mycket har din hud hindrat dig från att gå och handla , sköta ditt hem eller trädgård under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Hur mycket har din hud inverkat på ditt klädval under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Hur mycket har din hud påverkat sociala aktiviteter eller fritidsaktiviteter under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Hur mycket har din hud gjort det svårt för dig att utöva sport under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Har din hud förhindrat dig att arbeta eller studera under den senaste veckan? | Ja <input type="checkbox"/> | | |
| | | Nej <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| | Om du har svarat "nej" på denna fråga, hur mycket har din hud varit ett problem under arbetet eller studierna ? | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Hur mycket problem har din hud förorsakat dig i relationen med din partner eller någon av dina nära vänner eller släktingar under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Hur mycket sexuella svårigheter har din hud orsakat under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Hur mycket problem har behandlingen av din hud givit, till exempel genom att stöka till hemma eller ta upp tid under den senaste veckan? | Väldigt mycket <input type="checkbox"/> | | |
| | | En hel del <input type="checkbox"/> | | |
| | | Lite grann <input type="checkbox"/> | | |
| | | Inte alls <input type="checkbox"/> | Ej tillämpligt <input type="checkbox"/> | |

Var vänlig och kontrollera att du har besvarat ALLA frågor. Tack.