

Namn:
Datum:
Personnummer:
DLQI - Frågorna avser hur din hud har påverkat dig senaste veckan

1.	Hur mycket har din hud kliat, svidit, bränt och stuckit under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Hur generad eller osäker på Dig själv har du varit på grund av din hud under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
4.	Hur mycket har din hud inverkat på din klädsel under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
6.	Hur mycket har din hud förhindrat dig att utöva sport under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
7.	Har din hud förhindrat dig att arbeta eller studera under den senaste veckan?	Ja Nej	<input type="checkbox"/> <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 Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>
9.	Hur mycket sexuella svårigheter eller problem har din hud orsakat under den senaste veckan?	Väldigt mycket En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 En hel del Lite grann Inte alls	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ej tillämpligt <input type="checkbox"/>

Namn:

Personnummer:

Datum:

EQ-5D - Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver Ditt **allmänna hälsotillstånd** i dag.

Rörlighet

- Jag går utan svårigheter.....
- Jag kan gå med viss svårighet.....
- Jag är sängliggande

Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
- Jag har vissa problem att tvätta eller klä mig själv
- Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

Huvudsakliga aktiviteter

(t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter.....
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning.....
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd