

ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ՄԱՇԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑԻՉ

DLQI

Hospital No:

Date:

Name:

Score:

Address:

Diagnosis:

Այս հարցաթերթիկի նպատակն է՝ գնահատել, թե որքանով են Ձեր մաշկային խնդիրներն ազդել Ձեր կյանքի վրա
ՎԵՐՋԻՆ 7 ՕՐՎԱ ԸՆԹԱԾՔՈՒՄ: Յուրաքանչյուր հարցի համար խնդրում ենք ընտրել մեկ վանդակ՝ դնելով ✓ նշանը:

- | | | |
|---|--|---|
| <p>1. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքան՞ն եք մաշկի քոր, գրգռվածություն, ցավ կամ այրուց զգացել:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>2. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքան՞ն եք ամաչել կամ անհարմար զգացել Ձեր մաշկի վիճակի պատճառով:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>3. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակը խանգարել Ձեզ գնալ գնումների կամ Ձեր տան կամ այգու գործերով զբաղվել:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակն ազդել Ձեր հագուստի ընտրության վրա:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակն ազդել Ձեր շփումների կամ Ժամանցի (սիրած գործով զբաղվելու) վրա:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>6. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակը դժվարացրել որևէ սպորտով զբաղվել:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>7. Վերջին 7 օրվա ընթացքում Ձեր մաշկի վիճակն աշխատելու կամ սովորելու արգելք հանդիսացե՞լ է:</p> | <p>Այո <input type="checkbox"/></p> <p>Ոչ <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Եթե «Ոչ», ապա վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակն աշխատելու կամ սովորելու համար խնդիր ստեղծել:</p> | <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>8. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակը Ձեր մերձավորների (օր. կին/ամուսին/գուզընկեր) կամ Ձեր մտերիմ ընկերների կամ հարազատների հետ շփման խնդիրներ առաջացրել:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>9. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեր մաշկի վիճակն առաջացրել ինչ-որ դժվարություններ սեռական կյանքում:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10. Վերջին 7 օրվա ընթացքում որքանո՞վ է Ձեզ համար Ձեր մաշկի բուժումը խնդիրներ առաջացրել, օրինակ՝ Ձեր տունը թափափված դարձրել կամ ժամանակ խլել:</p> | <p>Չափազանց շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Բավական շատ <input type="checkbox"/></p> <p>Մի փոքր <input type="checkbox"/></p> <p>Բոլորովին <input type="checkbox"/></p> | <p>Ինձ չի վերաբերում <input type="checkbox"/></p> |

Խնդրում ենք ստուգել՝ պատասխանել եք արդյոք ԲՈՒՈՐ հարցերին: Շնորհակալություն:

©AY Finlay, GK Khan, Ապրիլ 1992: www.dermatology.org.uk : Մույնը չպետք է պատճենվի առանց հեղինակների թույլտվության: