

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI-BRA

Este questionário visa a medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou.

Escolha apenas uma resposta para cada pergunta e marque um X sobre a alternativa correspondente:

1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

4. Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?

3 realmente muito () 2 bastante () 1 um pouco () 0 nada ()

7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?

3 sim ()

0 não ()

0 sem relevância ()

Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?

2 bastante ()

1 um pouco ()

0 nada ()

8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?

3 realmente muito ()

2 bastante ()

1 um pouco ()

0 nada/em relevância ()

9. Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?

3 realmente muito ()

2 bastante ()

1 um pouco ()

0 nada/em relevância ()

10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?

3 realmente muito ()

2 bastante ()

1 um pouco ()

0 nada/em relevância ()

DATA ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico