

## DERMATOLOGI-LIVSKVALITETSINDEKS

DLQI

Hospitalsnummer:

Dato:

Navn:

Score:

Adresse:

Diagnose:

**Formålet med dette spørgeskema er at måle, hvor meget dit hudproblem har påvirket dit liv INDENFOR DEN SIDSTE UGE. Afkryds venligst  et felt for hvert spørgsmål.**

- |     |  |                  |                          |  |
|-----|--|------------------|--------------------------|--|
| 1.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud <b>kløet, været øm, smertet</b> eller <b>sviet</b> ?  | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> |  |
| 2.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har du været <b>fløv</b> eller <b>ilde til mode</b> på grund af din hud?  | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> |  |
| 3.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud vanskeliggjort dine <b>indkøb</b> eller pasning af <b>hus</b> eller <b>have</b> ?                             | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud haft indflydelse på dit valg af <b>påklædning</b> ?   | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud påvirket <b>socialt samvær</b> eller <b>fritidsaktiviteter</b> ?  | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud gjort det vanskeligt for dig at dyrke <b>sport</b> ?  | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Indenfor den sidste uge, har din hud forhindret dig i at <b>arbejde</b> eller <b>studere</b> ?   | Ja               | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Nej              | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
|     | Hvis du svarede "Nej" (kunne <b>arbejde</b> eller <b>studere</b> i den sidste uge), havde du hudproblemer imens?   | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> |  |
| 8.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud skabt problemer i forbindelse med din <b>partner</b> , dine <b>nære venner</b> eller dine <b>slægtninge</b> ? | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har din hud forårsaget <b>seksuelle vanskeligheder</b> ?  | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |
| 10. | Indenfor den sidste uge, i hvor høj grad har <b>behandlingen</b> af din hud været et problem, for eksempel ved at dit hjem bliver rodet eller ved at optage tid?   | Rigtig meget     | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Meget            | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Lidt             | <input type="checkbox"/> |  |
|     |  | Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> | Ikke relevant <input type="checkbox"/> |

**Kontrollér venligst at du har besvaret HVERT ENKELT spørgsmål. Tak.**

© AY Finlay, GK Khan, April 1992 www.dermatology.org.uk. Ovenstående må ikke kopieres uden forfatterens tilladelse.

DLQI (Denmark-Danish) 18JUL2018 FINAL Del din svar med din læge og hør om lægen kan gøre mere for dig. Lægen kan også hjælpe dig med om dit hudproblem har påvirket din livskvalitet.