

## ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA - DLQI-BRA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Este questionário visa 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