

**ANEXO II – 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 com um **X** em cima da alternativa selecionada.**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/sem relevância |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|

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/sem relevância |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|

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/sem relevância |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|

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

| | | | |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|
| 3 realmente muito | 2 bastante | 1 um pouco | 0 nada/sem relevância |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|

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/sem 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/sem 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/sem relevância |
|-------------------|------------|------------|-----------------------|

Data: ____/____/____

Pontuação alcançada: _____

Assinatura e Carimbo do Médico solicitante. (DERMATOLOGISTA OU REUMATOLOGISTA)