

# LÍFSGÆÐAKÖNNUN FYRIR HÚÐJSÚKDÓMA

DLQI

Sjúkrastofnun nr.:

Dagsetning:

Einkunn:

Nafn:

Greining:

Heimilisfang:

**Markmið þessa spurningalista er að mæla hve mikil áhrif húðvandamál þitt hefur haft á líf þitt UNDAFARNA VIKU. Merktu við einn reit við hverja spurningu.**

1.	Undanfarna viku, hve mikill <b>kláði, eymsli, verkir</b> eða <b>stingir</b> hafa verið í húðinni?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Undanfarna viku, hve mikið hefur þú verið <b>vandræðaleg(-ur)</b> eða <b>sjálfsmeðvituð(-aður)</b> vegna húðar þinnar?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Undanfarna viku, hve mikið hindraði húðin að þú færir að <b>versla</b> eða sinntir <b>heimilinu</b> eða <b>garðinum</b> ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
4.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín haft áhrif á hvaða <b>fötum</b> þú klæðist?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
5.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín haft áhrif á <b>félagslíf</b> þitt eða <b>tómstundir</b> ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
6.	Undanfarna viku, hve mikið gerði húðin þér erfitt fyrir að stunda einhverja <b>íþrótt</b> ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
7.	Undanfarna viku, hefur húð þín komið í veg fyrir að þú stundir <b>vinnu</b> eða <b>nám</b> ?	Já Nei	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
	Ef „nei“, undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín verið vandamál í <b>vinnu</b> eða <b>námi</b> ?	Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Undanfarna viku, hve mikið hefur húð þín skapað vandamál hjá þér og <b>maka</b> þínum eða einhverjum af <b>nánum vinum</b> eða <b>ættingjum</b> ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
9.	Undanfarna viku, hversu miklum <b>erfiðleikum</b> hefur húð þín valdið þér í <b>kynlífi</b> ?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>
10.	Undanfarna viku, hversu mikil vandamál hefur <b>meðferð</b> húðarinnar skapað þér undanfarna viku, til dæmis með því að smita frá sér eða taka of langan tíma?	Mjög mikið Mikið Dálítið Alls ekki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Á ekki við <input type="checkbox"/>

**Gakktu úr skugga um að þú hafir svarað ÖLLUM spurningunum. Takk fyrir.**