

Kwestionariusz rozmowy z lekarzem:

1. **Kiedy po raz pierwszy zaobserwowałeś u siebie łuszczycowe zmiany chorobowe?**
 - a. W ciągu ostatniego miesiąca
 - b. W ciągu ostatniego kwartału

W ciągu ostatniego roku

 - c. Wcześniej [kiedy]
2. **Kiedy po pierwszym zaobserwowaniu objawów łuszczycy zastosowano leczenie?**
 - a. W ciągu ostatniego miesiąca
 - b. W ciągu ostatniego kwartału
 - c. W ciągu ostatniego roku
 - d. Później [kiedy]
3. **Które obszary Twojego ciała są dotknięte zmianami łuszczycowymi?**
 - a. Twarz
 - b. Tułów
 - c. Ręce/Stopy
 - d. Paznokcie
 - e. Zewnętrzne narządy płciowe
 - f. Nogi
 - g. Ramiona
 - h. Inne
4. **Czy w ostatnim czasie miałeś/aś przeprowadzoną przez lekarza dermatologa ocenę ciężkości procesu chorobowego za pomocą kwestionariuszy PASI, BSA i DLQI?**
 - a. Tak
 - b. Nie (proszę pominąć kolejne pytanie)
5. **Kiedy ostatnio lekarz dermatolog przeprowadzał Tobie wszystkie trzy kwestionariusze (PASI, BSA, DLQI)?**
 - a. W przeciągu ostatniego półrocza
 - b. W przeciągu roku
 - c. W przeciągu dwóch lat
 - d. Wcześniej niż dwa lata temu
6. **Jakie leczenie stosujesz obecnie lub stosowałeś w przeszłości?**
 - a. Kremy lub maści działające miejscowo dostępne bez recepty
 - b. Kremy i maści działające miejscowo wydawane z przepisu lekarza
 - c. Fototerapie (PUVA, UVB)
 - d. Konwencjonalne leczenie ogólnoustrojowe (metotrexat, retinoidy, cyklosporyna)
 - e. Terapie biologiczne
 - f. Czy brałeś udział w badaniach klinicznych
 - g. Inne
7. **Określ poziom zadowolenia z dotychczasowego leczenia łuszczycy na skali od 1 (zupełnie niezadowolony) do 5 (całkowicie zadowolony)**
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
8. **Czy stosowałeś się do zaleceń lekarza podczas ostatniej terapii?**
 - a. Tak
 - b. Zazwyczaj tak
 - c. Zazwyczaj nie
 - d. Nie

9. *Czy ostatnio wystąpiło u Ciebie pogorszenie objawów łuszczycy?*
- Tak*
 - Nie (proszę pominąć kolejne pytanie)*
10. *Co według Ciebie było przyczyną ewentualnego pogorszenia/nasilenia objawów łuszczycy?*
- Infekcja*
 - Zmiana lub odstawienie leku*
 - Stres*
 - Inna przyczyna [jaka]*
11. *Jak określiłbyś najsilniejszy nawrót łuszczycy w swoim życiu?*
- Ciężki*
 - Umiarkowany*
 - Łagodny*
12. *Jak silnie zazwyczaj odczuwasz objawy łuszczycy (swędzenie, pieczenie itp.)?*
- Bardzo*
 - Średnio*
 - Mało*
13. *Na ile czujesz się zakłopotany bądź zażenowany stanem swojej skóry?*
- W ogóle*
 - Nieco*
 - Bardzo*
14. *Czy stan Twojej skóry powodował/powoduje problemy w relacjach z partnerem, przyjaciółmi bądź rodziną?*
- Nie*
 - Niewielkie*
 - Duże*
15. *Na ile stan Twojej skóry ma wpływ na Twoje życie towarzyskie lub ulubioną formę spędzania wolnego czasu?*
- W ogóle nie ma wpływu*
 - Ma niewielki wpływ*
 - Ma bardzo duży wpływ*
16. *Na ile stan Twojej skóry ma wpływ na Twoją pracę bądź naukę?*
- W ogóle*
 - Ma niewielki wpływ*
 - Bardzo duży wpływ*
17. *Jak bardzo stan Twojej skóry i leczenie objawów łuszczycy wpływało na wybór ubrań, w których chodziłeś?*
- W ogóle*
 - Ma niewielki wpływ*
 - Bardzo duży wpływ*