



今天日期: (日/月/年)

基本信息

1. 出生日期:

日 月 年

2. 你出生在哪个国家和城市?

3. 性别 (选一项) 男 女

4. 哪一项最好的形容了你的种族? (选一项)

非裔美国人 / 非洲人

中国人 / 韩国人 / 日本人

西班牙人

印度人 / 巴基斯坦人

中东人

白人 / 高加索人

混血

其他的种族 (请注明)

5. 你的眼睛颜色是什么? (选一项)

蓝色/灰色

绿色/深褐色

棕褐色/褐色

白癜风病史

6. 你第一次注意到白癜风的标志是在几岁? (选一项)

0-5 岁

41-50 岁

6-12 岁

51-60 岁

13-20 岁

61-70 岁

21-30 岁

71-80 岁

31-40 岁

80+ 岁

7. 白癜风标志第一次出现在 (可多选)

头/颈/面

唇

手/足

肘/膝盖

腹股沟

生殖器

躯干

腋窝

前臂/小腿 (包括手, 肘部, 足, 膝盖)

粘膜 (口、鼻内)

其他 (请注明)

亲爱的朋友,

您能抽出几分钟帮助我们对抗白癜风么?

用一点时间来填写这份调查问卷, 您能帮助我们找到治疗白癜风的方法。

您的回答将成为我们为将来的研究项目所收集的临床数据的一部分。它们也会帮助我们促进科学家之间的合作, 最终开发新疗法。

我们是一个注册的 501(c)3 非营利组织, 致力于全球白癜风研究的资助和跟进。我们是关注白癜风药物研发唯一的非营利性组织, 我们关注从实验室研究到临床应用的每一个阶段。

您提供的数据将被共享, 但是我们尊重您的隐私, 并且不要求任何个人信息-这份问卷是完全匿名的。请参阅 VRF 的隐私政策, 该政策解释了关于所收集信息的您的权利和责任。

(<http://vrfoundation.org/privacy-statement>)

请就您所知尽量回答所有的问题, 并且确保您的字迹是可读的。然后通过预付费信封邮寄给我们。

如果您通过电子邮件或者从网站下载这份调查问卷, 这个 PDF 是可编辑的, 因此您可以在电脑上回答问题, 保存这个文件然后将它发送到下面的邮箱 info@vrfoundation.org

感谢您,

Yan Valle

CEO Vitiligo Research Foundation

8.在你看来，什么引起了你的白癜风？

(可多选):

精神压力
物理性皮肤损伤
妊娠或分娩
药物副作用*(药物名称)*

化妆品或发用制品 *(它是什么?)*

除臭剂或香水
晒伤或长时间的日光照射
橡胶产品*(即手套):*

暴露在有害物质下 *(它是什么?)*

疫苗接种 *(疫苗的名字)*

其他 *(请说明)*

不确定

9.近来白癜风进展吗？ *(选一项)*

在近一两个月内进展
稳定超过三个月

10.早些时候你的白癜风进展如何？它是 *(选一项)*

迅速的，短期暴发，之后扩散停滞
缓慢的，进展持续好几年

11.白斑出现前是否有皮肤瘙痒或者发红？ *(选一项)*

否 是

白癜风的描述

12.哪一项最好的形容了你正常皮肤的颜色？

(选一项)

苍白 浅棕色
白皙 棕色
暗白色 暗棕色/黑色

13.你的白癜风是什么样的？ *(选一项)*

泛发型:

周身散在的斑片 *(寻常型白癜风)*
面、头、手和脚 *(面部肢端型)*
色素几乎完全脱失 *(全身型)*

局限型:

仅限于粘膜*(粘膜型)*
局限，稳定的区域色素脱失 *(局灶型)*
斑片只出现在身体的一侧 *(节段型)*
混合型 *(包括节段型、面部肢端型和/或广泛分布)*

14.现在你的皮肤受到影响到什么程度？ *(选一项)*

低于 10% 50-75%
10-25% 75-100%
25-50%

(作为参考，你的手掌面积相当于1%的体表面积)

白癜风治疗

请提供迄今为止你所有白癜风治疗的细节。

15. 到目前为止治疗的类型 *(可多选，在横线处写上名字)*

以前 最近

光疗或激光治疗
系统用药 *(药片，注射)*
外用*(乳剂)*
外科手术
心理辅导
传统医学*(本土的或者民间的):*
辅助性的 *(例如食物，食品补充剂)*

使用的药物名称 *(如果上边选择的话)*

以前:

最近:

16.在最近的治疗期间，你的白癜风是 (选一项)

进展的 (在最近的一两个月蔓延)
稳定的 (治疗前三个月没有进展)

17.对于最近的治疗结果，你的白癜风是 (选一项)

继续发展，仍有白斑出现
继续发展，但明显变缓
完全停止，但白斑仍存在
几乎或完全停止

18.最近的治疗持续的时间:

月.

19.你怎么遵循治疗计划? (选一项)

严格的: 可能只跳过一个或两个
偶尔遵循: 可能跳过几个或者更多
不能遵循, 提前停止治疗

20.治疗之后, 白癜风是否重新出现或又开始蔓延?

否
是, 在 个月后开始。

21.你是否注意到治疗其它疾病的药物对白癜风有影响?

否
是, 它是 (药物名称)

该药物? (选一项)

改善 或 加重你的白癜风
暂时的 或 永久的

皮肤情况

22.你有白头发吗? (选一项)

没有或者大概只有一点点 相当多
适量的 几乎全白了

23.你是否有头发提前变白的家族史?

否 是 (选一项)

24.你容易晒伤么? (选一项)

否 是

25.你是否注意到皮肤的任何地方有晕痣? (“晕痣”是一种周围有白环或“晕”的皮肤良性痣。)

否 是 (选一项)

其他情况

26.你对什么过敏? 如果有: (可多选, 并提供下面的细节)

接触的物质	昆虫叮咬
空气中的过敏原	日光反应
食物过敏原或不耐受	
药物	其他 (请注明)

27.除了白癜风你有其它的慢性病么? (选一项)

银屑病	风湿性关节炎	
糖尿病	甲状腺疾病	其它 (它是什么?)

):

28.你是否曾经被诊断出患有黑色素瘤或其它皮肤癌? (选一项)

否
是, 它是 (皮肤癌名称):

29.你有近亲患白癜风么? (可多选)

兄弟	姐妹
父亲	母亲
父亲的兄弟	母亲的兄弟
父亲的姐妹	母亲的姐妹

影响

30. 到目前为止治疗和/或遮盖白癜风你大约花费多少钱?

无	¥6,001-¥60,000
¥300 以下	¥60,001-¥120,000
¥301-¥3000	超过 ¥120,000
¥3001-\$6,000	不确定

照片

如果你不确定皮肤的情况，自愿附上患处照片。

感谢!

感谢您花费时间来完成这份调查问卷，您为对抗白癜风做出了巨大贡献。

请通过电子邮件或者我们的预付费信封现在就发送给我们。

这份白癜风调查问卷是基于临床医生的白癜风健康档案，并且可以从下面的网址下载

<http://vrfoundation.org/foundation/download-center>

问与答

我们收集了一些白癜风的信息给您。现在可以在下面的网址下载中文、克罗地亚语、英语、德语、意大利语、马其顿语和俄罗斯语的信息

<http://vrfoundation.org/foundation/publications>

如果您有关于这份调查问卷、将来的研究项目或者我们的组织，请访问我们的网站或给我们邮件。

**Vitiligo Research Foundation,
1, Penn Plaza, Office 3606
New York, NY 10119 USA**

**Telephone: +1-212-786-7589
Toll-free: +1-855-966-3555
Email: info@vrfoundation.org
Website: www.VRFoundation.org**

Copyright © 2015 Vitiligo Research Foundation.
May be reprinted for educational or non-commercial
use without permission, source attribution is
requested.