

Опросник для оценки зуда, разработанный Yosirovich

Дата: _____

Сведения о пациенте

№ карты пациента: _____ Этническая принадлежность: _____

Пол: м/ж _____ Правша/левша/пользуется обеими руками _____

Семейное положение: _____ Профессия: _____

Образование: _____ Работа в настоящее время: да/нет _____

Анамнез

Диагноз(ы): _____

Лекарственные препараты: _____

1. История зуда

Пациент страдает зудом в настоящее время

Да Нет

Пациент страдал зудом в прошлом (> 1/2 года назад)

Да Нет

Когда?

Длительность зуда (настоящего или предыдущего)

Частота зуда

Почти каждый день
 Каждую неделю
 Каждый месяц
 Редко

Обстоятельства, при которых начался зуд

Обстоятельства, при которых закончился зуд (если имеются)

Симптомы, сопровождающие зуд

Боль в области зуда
 Потоотделение
 Головная боль
 Ощущение жара
 Ощущение холода
 Другое

Текущая терапия зуда

Системная	Местная	Физиотерапия	Другое
Антигистаминные Трициклики Антагонист серотонина Антагонист морфина Холестирамин Аспирин	Эмоленты Ментол Препараты против раздражения Антигистаминные Местные анестетики Кротамитон Стероиды Капсаицин Доксепин	УФБ ПУВА Чрескожная электро-нейростимуляция	

Эффект текущего лечения

Отсутствует
 Кратковременный эффект (менее 24 часов)
 Длительный эффект (более 24 часов)

По Вашему мнению, почему Вы страдаете зудом?

2. Характеристика зуда

А. Локализация

В каких областях тела пациент испытывает зуд?	
Процент пораженной зудом поверхности тела	
Зуд симметричный	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

В. Описание ощущений

Насколько данные определения соответствуют вашим ощущениям?

	Совсем не соответствует	Соответствует в малой степени	Соответствует в умеренной степени	Соответствует в большой степени
Щекочущий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жалящий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Мурашки по коже»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Колющий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Щиплющий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жгучий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Назойливый	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Раздражающий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Невыносимый	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вызывающий беспокойство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ежедневные изменения длительности зуда

Как часто возникает зуд

(укажите ниже в таблице для каждого времени суток)

Не возникает

Иногда

Всегда

Часто

Как долго длится зуд

(укажите ниже в таблице для каждого времени суток)

Нейтральный

Эпизодический

Кратковременный (моментальный)

Время	Частота	Длительность
Утро		
День		
Вечер		
Ночь		

Зуд и сон

Дайте, пожалуйста, следующие оценки влиянию зуда на сон

Почти всегда

Иногда

Никогда

Зуд мешает уснуть	
Просыпаюсь из-за зуда	
Принимаю снотворные медикаменты	

Влияние на зуд

Дайте, пожалуйста, следующие оценки влиянию зуда на сон

Почти всегда

Иногда

Никогда

Сон		Физическое усилие	
Отдых		Специфические ткани	
Работа		Горячая вода	
Лежачее положение		Холодная вода	
Сидячее положение		Сухость	
Стресс		Пот	
Усталость		Холод	
Еда		Жара	

2. Характеристика зуда

Как часто возникает зуд

(укажите ниже в таблице для каждого времени суток)

Не возникает

Иногда

Всегда

Часто

Состояние зуда	Интенсивность	Визуально-аналоговая шкала
В данный момент		
В худшем проявлении		
В лучшем проявлении		
Зуд после укуса комара		

Визуально-аналоговая шкала

По шкале от «зуда нет» (слева) до «хуже и представить себе нельзя» (справа) оцените силу возникшего зуда в разных ситуациях.

Поставьте, пожалуйста, в соответствующем месте шкалы только один крестик (не вписывайте цифры и не рисуйте смайликов).

В данный момент

Зуда нет Самый сильный зуд

В худшем проявлении

Зуда нет Самый сильный зуд

В лучшем проявлении

Зуда нет Самый сильный зуд

Зуд после укуса комара

Зуда нет Самый сильный зуд

5. Как вы справляетесь с зудом

Изменилось ли Ваше настроение в связи с зудом?

- Не изменилось
- Стало подавленным
- Стало беспокойным
- Стало труднее концентрировать внимание
- Проявилась тревожность
- Другое

Изменились ли Ваши привычки в питании в связи с зудом?

- Да Нет

Соблюдаете ли Вы специальную диету в связи с зудом?

- Да Нет

Изменилось ли Ваше либидо?

- Не изменилось
- Уменьшилось
- Отсутствует

Нашли ли Вы способ облегчения зуда?

- Да Нет

Какой?

Как Вы расчесываете зудящий участок?

- Рукой
- Ногой
- Щеткой
- Другое