

# URTICARIA KONTROL TEST

Patientens navn : \_\_\_\_\_

Fødselsdato (dd-mm-åååå): \_\_\_\_\_

Dagens dato (dd-mm-åååå): \_\_\_\_\_

## VEJLEDNING

Du har urticaria (nældefeber). De følgende spørgsmål skal hjælpe os med at forstå din nuværende helbredssituation. Læs hvert spørgsmål grundigt igennem, og vælg det svar blandt de fem svarmuligheder, der passer bedst på din situation. Begræns dig til de sidste fire uger. Tænk ikke for længe over spørgsmålene, og husk at besvare alle spørgsmål og kun at give ét svar på hvert spørgsmål.

- 1. HVOR MEGET HAR DU VÆRET GENERET AF DE FYSISKE SYMPTOMER PÅ URTICARIA (KLØE, NÆLDER OG/ELLER HÆVELSE) I DE SIDSTE 4 UGER?**
- 2. HVOR MEGET HAR DIN LIVSKVALITET VÆRET PÅVIRKET AF URTICARIA I DE SIDSTE 4 UGER?**
- 3. HVOR OFTE HAR BEHANDLINGEN FOR DIN URTICARIA I DE SIDSTE 4 UGER IKKE VÆRET TILSTRÆKKELIG TIL AT HOLDE DINE URTICARIASYMPTOMER UNDER KONTROL?**
- 4. HVOR GODT HAR DU SAMLET SET HAFT DIN URTICARIA UNDER KONTROL I DE SIDSTE 4 UGER?**