

# URTIKARIA KONTROLL TEST

Patientens namn: \_\_\_\_\_

Födelsedatum (åååå mm dd): \_\_\_\_\_

Datum: (åååå mm dd): \_\_\_\_\_

## ANVISNINGAR

Du har urtikaria (nässelutslag). Följande frågor kommer att hjälpa oss förstå hur din hälsosituation ser ut idag. Läs igenom frågorna noga och markera det av de fem svarsalternativen som bäst beskriver din situation. Svaren ska endast gälla de senaste fyra veckorna. Tänk inte för länge på hur du ska svara. Kom ihåg att besvara alla frågorna och att markera endast ett svar på varje fråga.

1. I VILKEN UTSTRÄCKNING HAR DU BESVÄRATS AV FYSISKA SYMTOM PÅ URTIKARIA - KLÅDA, KVADDLAR (NÄSSELUTSLAG) OCH/ELLER SVULLNAD - UNDER DE SENASTE FYRA VECKORNA?

**VÄLDIGT MYCKET**

**MYCKET**

**I VISS MÅN**

**LITE**

**INTE ALLS**

2. HUR MYCKET HAR DIN LIVSKVALITET PÅVERKATS AV DIN URTIKARIA UNDER DE SENASTE FYRA VECKORNA?

**VÄLDIGT MYCKET**

**MYCKET**

**I VISS MÅN**

**LITE**

**INTE ALLS**

3. HUR OFTA HAR DIN URTIKARIABEHANDLING VARIT OTILLRÄCKLIG FÖR ATT KONTROLLERA DINA URTIKARIASYMTOM UNDER DE SENASTE FYRA VECKORNA?

**VÄLDIGT OFTA**

**OFTA**

**IBLAND**

**SÄLLAN**

**ALDRIG**

4. TOTALT SETT, HUR OFTA HAR DU HAFT DIN URTIKARIA UNDER KONTROLL UNDER DE SENASTE FYRA VECKORNA?

**VÄLDIGT OFTA**

**OFTA**

**IBLAND**

**SÄLLAN**

**ALDRIG**