

URTIKARIA KONTROLLTEST

Pasientens navn : _____

Fødselsdato (dd-mm-åååå): _____

Dagens dato (dd-mm-åååå): _____

INSTRUKSJON

Du har urtikaria. Følgende spørsmål skal hjelpe oss til å forstå din nåværende helsesituasjon. Les nøye gjennom hvert enkelt spørsmål og velg det svaralternativet som passer best til din situasjon. Begrens deg til de siste fire ukene. Ikke bruk lang tid til å tenke over spørsmålene, husk å svare på alle spørsmålene og gi kun ett svar på hvert spørsmål.

- 1. HVOR MYE HAR DU VÆRT PLAGET AV DE FYSISKE SYMPTOMENE VED URTIKARIA (KLØE, VABLER OG/ELLER OPPHOVNING) DE SISTE FIRE UKENE?**
- 2. HVOR MYE HAR URTIKARIA PÅVIRKET LIVSKVALITETEN DIN I LØPET AV DE SISTE FIRE UKENE?**
- 3. HVOR OFTE HAR BEHANDLINGEN DU HAR FÅTT MOT URTIKARIA IKKE VÆRT NOK TIL Å KONTROLLERE SYMPTOMENE DINE DE SISTE FIRE UKENE?**
- 4. GENERELT, HVOR GOD KONTROLL HAR DU HATT OVER SYKDOMMEN DE SISTE FIRE UKENE?**