



INICJAŁY NAZWISKO: _____ IMIĘ: _____



___ / ___ / ___

1. Stopień nasilenia

W skali od 0 (**brak świądu**) do 10 (**najsilniejszy świąd, jaki można sobie wyobrazić**)
jaki stopień nasilenia miał **najgorszy świąd**, który wystąpił u Pana/Pani w ciągu ostatnich 24 godzin?

Proszę zaznaczyć [X] tylko 1 odpowiedź



„Numeryczna skala oceny nasilenia najgorszego świądu” (WI-NRS)^[1].

*PChN = przewlekła choroba nerek

2. Wpływ na codzienne życie

Przez jaki czas odczuwa Pan/Pani świąd każdego dnia?

- < 6 godz.
- 6-12 godz.
- 12-18 godz.
- 18-23 godz.
- Cały dzień

Czy świąd ma wpływ na Pana/Pani codzienne życie?



Zaburzenia snu



Izolacja



Depresja



Trudności z wykonywaniem codziennych czynności

- Nigdy
- Rzadko
- Dość często
- Zawsze

- Nigdy
- Rzadko
- Dość często
- Zawsze

- Nigdy
- Rzadko
- Dość często
- Zawsze

- Nigdy
- Rzadko
- Dość często
- Zawsze

Arkusz do przekazania nefrologowi w celu dostosowania opieki medycznej.

Pytania dostosowane na podstawie skali oceny nasilenia świądu 5-D (5-wymiarowa skala oceny świądu)^[2]. Wersja częściowa.

- Phan et al. Assessment of Pruritus Intensity Prospective Study on Validity and Reliability of the Visual Analogue Scale, Numerical Rating Scale and Verbal Rating Scale in 471 Patients with Chronic Pruritus. *Acta Derm Venereol* 2012; 92: 502-507.
- Elman et al. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *Br J Dermatol.* 2010; 162:587-593.