



ИНИЦИАЛЫ ФАМИЛИЯ: _____ ИМЯ: _____

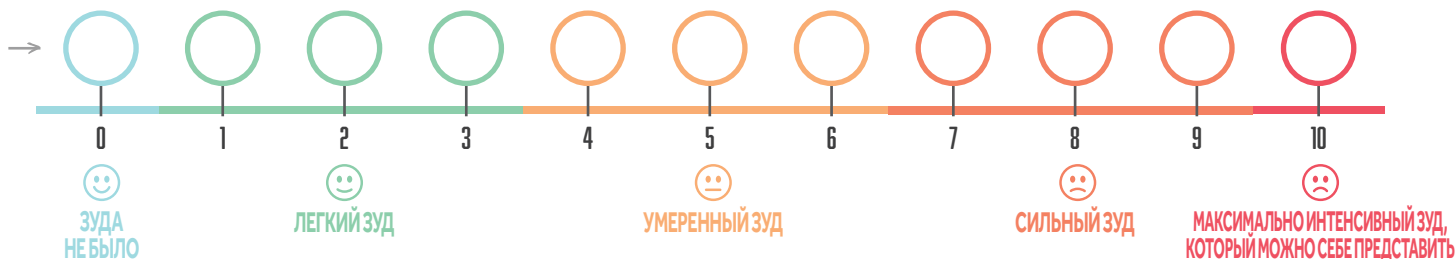


___ / ___ / ___

1. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ

По шкале от 0 (зуда не было) до 10 (максимально интенсивный зуд, который можно себе представить) укажите интенсивность самого сильного зуда за последние 24 часа.

Отметьте [X] только 1 вариант ответа



Цифровая шкала оценки максимальной интенсивности зуда (ЦШО-МИЗ)^[1].

*ХБП — хроническая болезнь почек

2. ВЛИЯНИЕ НА ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ

Влияет ли зуд на Вашу повседневную жизнь?

Как долго Вы испытываете зуд в течение дня?

- < 6 ч
- 6–12 ч
- 12–18 ч
- 18–23 ч
- Весь день



НАРУШЕНИЕ СНА

- Никогда
- Редко
- Довольно часто
- Всегда



ИЗОЛЯЦИЯ

- Никогда
- Редко
- Довольно часто
- Всегда



ДЕПРЕССИЯ

- Никогда
- Редко
- Довольно часто
- Всегда



ТРУДНОСТИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПОВСЕДНЕВНЫХ ЗАДАЧ

- Никогда
- Редко
- Довольно часто
- Всегда

Бланк необходимо отдать нефрологу для корректировки лечения.



НУЖЕН ПЕРЕВОД?

Перейдите на сайт parlonspeauparlonsreins.fr или отсканируйте этот QR-код:

