



INITIALES NOM : _____ PRÉNOM : _____

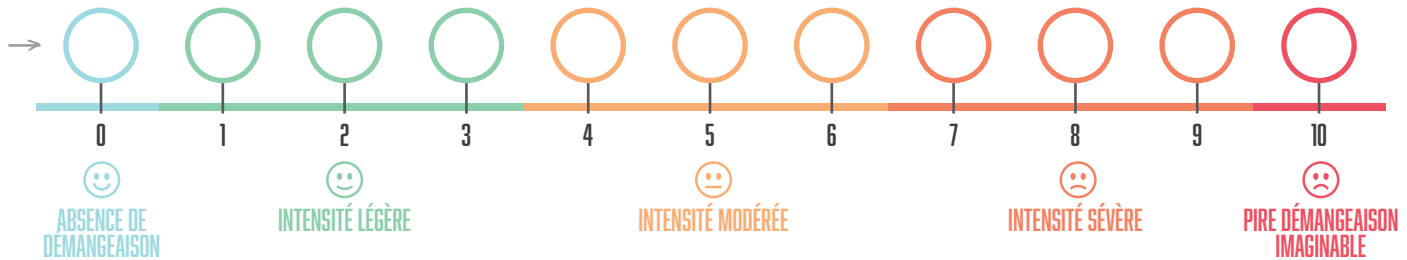


___ / ___ / ___

1. DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ

Sur une échelle de 0 (**aucune démangeaison**) à 10 (**pire démangeaison imaginable**), quelle a été l'intensité de la **pire démangeaison** que vous avez ressentie **ces dernières 24 heures** ?

Veuillez cocher [X] uniquement 1 réponse



Traduction française de l'échelle WI-NRS "Worth Itching Intensity Numerical Rating Scale (L'échelle d'évaluation numérique de l'intensité des pires démangeaisons) ⁽¹⁾.

*MRC=Maladie Rénale Chronique

2. IMPACT DANS LE QUOTIDIEN

Combien de temps vous démangez-vous par jour ?

- de 6h
- 6-12h
- 12-18h
- 18-23h
- Toute la journée

Vos démangeaisons ont-elles un impact sur votre quotidien ?



SOMMEIL TROUBLE



ISOLEMENT



ÉTAT DÉPRESSIF



TÂCHES QUOTIDIENNES DIFFICILES

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Toujours

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Toujours

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Toujours

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- Toujours

Fiche à remettre au néphrologue, pour une adaptation des soins.



BESOIN D'UNE TRADUCTION ?

Rendez-vous sur parlonspeauparlonsreins.fr ou scannez ce QR code :

