

Cuestionarios para cumplimentar

3



Seguimiento de la urticaria crónica espontánea

Mantener un registro de sus síntomas le ayudará a usted y a su médico a comprobar la eficacia de Xolair®. Este seguimiento consta de tres pruebas diferentes que evalúan diferentes aspectos de su UCE:



1

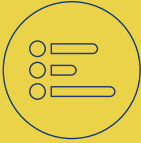
La **Prueba de control de la urticaria (UCT)** evalúa la magnitud del control de la urticaria durante un período de 4 semanas.

2

El **Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI)** evalúa cómo la urticaria afecta a su vida diaria.

3

La **Puntuación semanal de actividad de la urticaria (UAS7)** mide el número de ronchas y la gravedad del picor que experimenta durante un período de 24 horas durante 7 días.



UCT

Calcule su UCT respondiendo 4 sencillas preguntas. Este cuestionario le ofrecerá una evaluación general de su UCE, su calidad de vida y su tratamiento.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 4.

A continuación, estas puntuaciones se suman para obtener una puntuación global sobre 16, donde las puntuaciones más bajas (por debajo de 12) representan un peor control.

Responda al UCT una vez al mes.

1

¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

2

¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

3

¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

4

Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

(0) Nada

(3) Bastante

(1) Poco

(4) Totalmente

(2) Regular

Fecha:

a:

Mi puntuación total
en el UCT es:

/16

1

¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

2

¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

3

¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

4

Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

(0) Nada

(3) Bastante

(1) Poco

(4) Totalmente

(2) Regular

Fecha:

a:

Mi puntuación total
en el UCT es:

/16

1

¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

2

¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

3

¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

4

Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

- (0) Nada (3) Bastante
(1) Poco (4) Totalmente
(2) Regular

Fecha:

a:

Mi puntuación total
en el UCT es:

/16

1

¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

2

¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

3

¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?

(0) Mucho

(3) Poco

(1) Bastante

(4) Nada

(2) Regular

4

Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

(0) Nada

(3) Bastante

(1) Poco

(4) Totalmente

(2) Regular

Fecha:

a:

Mi puntuación total
en el UCT es:

/16

1

¿Cuánto ha sufrido en las últimas 4 semanas los síntomas físicos de la urticaria (picor, ronchas y/o hinchazón)?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

2

¿Se ha visto afectada su calidad de vida en las últimas 4 semanas debido a la urticaria?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

3

¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas el tratamiento médico no ha sido suficiente para controlar los síntomas de la urticaria?

- (0) Mucho (3) Poco
(1) Bastante (4) Nada
(2) Regular
-

4

Globalmente, indique cómo de bien controlada ha tenido su urticaria en las últimas 4 semanas

- (0) Nada (3) Bastante
(1) Poco (4) Totalmente
(2) Regular

Fecha:

a:

Mi puntuación total
en el UCT es:

/16



DLQI

Calcule su DLQI respondiendo 10 preguntas sobre cómo afecta la UCE a diferentes aspectos de su calidad de vida.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 3 y luego se suman todas las puntuaciones para obtener un total global sobre 30, donde la puntuación más alta representa un mayor impacto.

Responda al DLQI una vez por semana.



1

Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

2

Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

3

Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(0) Sin relación

(1) Un poco

4

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(0) Sin relación

(1) Un poco

5

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**6**

Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**7**

Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

(3) Sí**(0)** No**(0)** Sin relación

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

(2) Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada



8

Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

9

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

10

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

DLQI - semana que
comienza el día:

a:

N.º de
semana:



1

Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

2

Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

3

Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Sin relación

4

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Sin relación

5

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

(3) Muchísimo**(0)** Nada**(2)** Mucho**(0)** Sin relación**(1)** Un poco**6**

Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

(3) Muchísimo**(0)** Nada**(2)** Mucho**(0)** Sin relación**(1)** Un poco**7**

Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

(3) Sí**(0)** Sin relación**(0)** No

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

(2) Mucho**(0)** Nada**(1)** Un poco



8

Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- (3) Muchísimo (0) Nada
(2) Mucho (0) Sin relación
(1) Un poco
-

9

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- (3) Muchísimo (0) Nada
(2) Mucho (0) Sin relación
(1) Un poco
-

10

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- (3) Muchísimo (0) Nada
(2) Mucho (0) Sin relación
(1) Un poco

DLQI - semana que
comienza el día:

a:

N.º de
semana:

1

Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

(3) Muchísimo**(1)** Un poco**(2)** Mucho**(0)** Nada**2**

Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

(3) Muchísimo**(1)** Un poco**(2)** Mucho**(0)** Nada**3**

Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

(3) Muchísimo**(0)** Nada**(2)** Mucho**(0)** Sin relación**(1)** Un poco**4**

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

(3) Muchísimo**(0)** Nada**(2)** Mucho**(0)** Sin relación**(1)** Un poco

5

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**6**

Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**7**

Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

(3) Sí**(0)** No**(0)** Sin relación

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

(2) Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada



8

Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

9

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

10

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

DLQI - semana que
comienza el día:

a:

N.º de
semana:



1

Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

2

Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

3

Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Sin relación

4

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Sin relación



5

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

(3) Muchísimo

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Nada

(0) Sin relación

6

Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

(3) Muchísimo

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Nada

(0) Sin relación

7

Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

(3) Sí

(0) No

(0) Sin relación

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

(2) Mucho

(1) Un poco

(0) Nada

8

Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

9

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

10

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

DLQI - semana que comienza el día:

a:

N.º de semana:



1

Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

2

Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?

(3) Muchísimo

(1) Un poco

(2) Mucho

(0) Nada

3

Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(0) Sin relación

(1) Un poco

4

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?

(3) Muchísimo

(0) Nada

(2) Mucho

(0) Sin relación

(1) Un poco

5

Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**6**

Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?

(3) Muchísimo**(2)** Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada**(0)** Sin relación**7**

Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar?

(3) Sí**(0)** No**(0)** Sin relación

Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?

(2) Mucho**(1)** Un poco**(0)** Nada



8

Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

9

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

10

Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| (3) Muchísimo | (0) Nada |
| (2) Mucho | (0) Sin relación |
| (1) Un poco | |

DLQI - semana que
comienza el día:

a:

N.º de
semana:



UAS7

La UAS7 se puede completar en cuatro sencillos pasos:

- 1 Puntúe las ronchas y el picor.
- 2 Sume estas dos puntuaciones cada día y anote la puntuación total en la tercera columna.
- 3 Al final de la semana, puede sumar los valores de la tercera columna para obtener la puntuación final: esta es su puntuación UAS7.
- 4 Anote todos los medicamentos que esté tomando y cualquier otra información que considere importante para su médico.

Para que los resultados sean lo más precisos posible, complete la UAS7 a la misma hora cada día. Piense en las últimas 24 horas en conjunto y no solo en cómo se siente mientras la responde.

Complete la UAS7 todos los días y sume su puntuación una vez por semana.

Ronchas		Picor	
Puntuación	Definición	Puntuación	Definición
0	Sin ronchas	0	Sin picor
1	Menos de 20 ronchas	1	Picor leve (pica, pero no molesta)
2	Entre 20 y 50 ronchas	2	Picor moderado (molesta, pero no tiene un impacto significativo en las actividades diarias o sueño)
3	Más de 50 ronchas	3	Picor intenso (picor importante, tiene un impacto significativo en las actividades diarias o sueño)



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día: a: N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día:

a:

N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día:

a:

N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día:

a:

N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día: a: N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día: a: N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día: a: N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día: a: N.º de semana:

Mi total semanal es:



Día	Puntuación del picor	Puntuación de las ronchas	Suma de las puntuaciones del picor y las ronchas	Antihistamínicos tomados y dosis	Actividades, desencadenantes u otra información
Lunes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Martes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Miércoles	0 1 2 3	0 1 2 3			
Jueves	0 1 2 3	0 1 2 3			
Viernes	0 1 2 3	0 1 2 3			
Sábado	0 1 2 3	0 1 2 3			
Domingo	0 1 2 3	0 1 2 3			

UAS7 - semana que comienza el día:

a:

N.º de semana:

Mi total semanal es:





¿Qué tal lo estamos haciendo?

Continuamente estamos buscando maneras de hacer que la autoadministración sea lo más cómoda posible. Por esa razón, si tiene algún comentario o idea, cumplimente esta página y entréguesela a su médico. Gracias.

¿Le ha facilitado este pack la autoadministración?

Sí No

¿Qué elementos de este pack le han ayudado más?

¿Echa algo en falta?

¿Alguna otra idea sobre cómo podemos mejorarlo?

Bibliografía:

The Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Disponible en: www.dermatology.org.uk. Último acceso: Octubre 2018.

Urticaria Control Test (UCT). Disponible en: www.urtikaria.net/en/for-patients/downloads.html. Último acceso: Octubre 2018.

Weekly Urticaria Activity Score (UAS7).

Disponible en: www.itchingforanswers.ca. Último acceso: Octubre 2018.

Fecha de preparación: **Abril 2023**

ES2304121939