

# TEST DE CONTRÔLE DE L'URTICAIRE

## (URTICARIA CONTROL TEST)

Nom et prénom :

Date :

Date de naissance :

### INSTRUCTIONS :

Vous avez de l'urticaire. Les questions suivantes sont destinées à mieux évaluer l'état actuel de votre maladie. Veuillez lire attentivement chaque question, puis choisissez parmi les cinq réponses celle qui vous *correspond le mieux*. Nous vous prions de vous baser sur les *quatre dernières semaines*. *Ne réfléchissez pas longtemps et répondez à toutes les questions en ne choisissant qu'une seule réponse par question.*

1 Dans quelle mesure avez-vous été gêné physiquement **par votre urticaire (démangeaisons, plaques rouges et/ou œdèmes)** durant les 4 dernières semaines ?

Très fortement	<input type="checkbox"/>
Fortement	<input type="checkbox"/>
Moyennement	<input type="checkbox"/>
Peu	<input checked="" type="checkbox"/>
Pas du tout	<input checked="" type="checkbox"/>

2 Dans quelle mesure votre **qualité de vie** a-t-elle été altérée par votre urticaire ces 4 dernières semaines ?

Très fortement	<input type="checkbox"/>
Fortement	<input checked="" type="checkbox"/>
Moyennement	<input checked="" type="checkbox"/>
Peu	<input checked="" type="checkbox"/>
Pas du tout	<input checked="" type="checkbox"/>

3 Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois le **traitement** de votre urticaire **n'a-t-il pas été suffisant** pour contrôler vos symptômes ?

Très souvent	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>
Occasionnellement	<input type="checkbox"/>
Rarement	<input type="checkbox"/>
Jamais	<input checked="" type="checkbox"/>

4 **Au total**, comment estimez-vous que **votre urticaire a été contrôlée** au cours des 4 dernières semaines ?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Peu	<input checked="" type="checkbox"/>
Moyennement	<input type="checkbox"/>
Bien	<input type="checkbox"/>
Complètement	<input type="checkbox"/>