

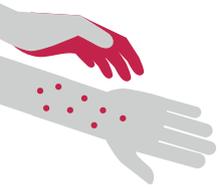
Questionario

Quanto sei stato infastidito da questi sintomi negli ultimi 15 giorni?

Punteggio minimo 1 (per nulla) - Punteggio massimo 5 (moltissimo)

Per nulla Poco Abbastanza Molto Moltissimo

PUNTEGGIO



PRURITO

- | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| 1. Prurito | | | | | |
| 2. Pomfi | | | | | |



ANGIOEDEMA

- | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| 3. Occhi | | | | | |
| 4. Labbra | | | | | |

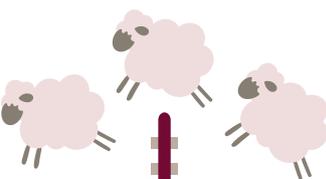


IMPATTO SULLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

- | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 5. L'orticaria interferisce con il mio lavoro | | | | | |
| 6. L'orticaria interferisce con la mia attività fisica | | | | | |
| 7. L'orticaria interferisce con il mio sonno | | | | | |
| 8. L'orticaria interferisce con il mio tempo libero | | | | | |
| 9. L'orticaria interferisce con le mie relazioni sociali | | | | | |
| 10. L'orticaria interferisce con le mie scelte alimentari | | | | | |

PROBLEMI DEL SONNO

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 11. Hai difficoltà ad addormentarti? | | | | | |
| 12. Ti svegli durante la notte? | | | | | |
| 13. Sei stanco durante il giorno perché hai il sonno disturbato? | | | | | |
| 14. Hai difficoltà a mantenere la concentrazione? | | | | | |
| 15. Sei nervoso? | | | | | |



LIMITI

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 16. Sei triste? | | | | | |
| 17. Sei limitato nella scelta degli alimenti? | | | | | |
| 18. L'orticaria limita la tua attività sportiva? | | | | | |



ASPETTO

- | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 19. Sei preoccupato per gli effetti collaterali dei farmaci? | | | | | |
| 20. Sei imbarazzato dai sintomi dell'orticaria? | | | | | |
| 21. Sei imbarazzato dal recarti in luoghi pubblici? | | | | | |
| 22. Hai problemi nell'usare cosmetici? | | | | | |
| 23. Hai limiti nello scegliere il materiale degli abiti? | | | | | |

Punteggio Totale CU-Q₂oL

