



DERMATOLOJİ POLİKLİNİĞİ ÜRTİKER KAYIT FORMU

Hasta Adı- Soyadı:

Yaşı:

Cinsiyet:

Telefon:

Mesleği:

Hikaye:

Klinik Özellikler

Lokalizasyon

Ürtiker(akut,kronik, indüklenbilir)

Anjiödem

Lezyon Sıklığı

Semptomlar

Kaşıntı Yanma Ağrı Gerilme Hissi

Sistemik Semptomlar

Halsizlik Baş Ağrısı Aşırı Yorgunluk Nefes Darlığı Boğazda Tıkanıklık Hissi

Lezyonların Ortaya Çıkış Zamanı

Sabah Akşam Gece Gece Uyandıran Kaşıntı

Ürtiker Aktivite Skoru:

Lezyon Yapısı 1-6 7-12 12<
Lezyon Çapı: 1.5 1.6-2.5 2.5<

Kullandığı ilaçlar:

Geçmişteki alerji ve medikal öykü:

1.Geçirilmiş alerjik hastalıklar(Astım,alerjik rinit, alerjik konjonktivit, astım bronşiale,egzama, ürtiker, atopik dermatit, ilaç alerjileri, böcek ısırığına bağlı alerjik reaksiyon, lateks alerjisi)

2. Diğer hastalıklar:

ÇEVRE VE SOSYAL ANAMNEZ

Oturulan ev :Müstakil Apartman

Isınma :kalorifer Soba Klima

Evde klima var mı :

Yatak odasında yerdeki halının tipi:

Evcil hayvan var mı :

Sigara :Şu anda içiyor: Eskiden içmiş:

Alkol, İlaç Bağımlılığı, uyuşturucu kullanımı:

Hobiler :

Aile anamnezi :

Ürtiker Aktivite Skoru

Skor	Ürtiker	Kaşıntı
0	Yok	Yok
1	Hafif(<20 ürtiker plağı/24 saat)	Hafif(var ama sıkıntı oluşturmuyor)
2	Orta (20-50 ürtiker plağı/24 saat)	Orta(Sıkıntı oluşturuyor ama günlük aktivite ya da uykuyu etkilemiyor)
3	Ağır (>50 ürtiker plağı/24 saat ya da geniş birleşmiş ürtiker plağı alanları)	Ağır (normal günlük aktivite ya da uykuyu bozacak kadar şiddetli kaşıntı)

Ürtiker Kontrol Testi

1.Son 4 hafta daürtikere dayalı fiziksel belirtileri (kaşıntı, kabarıklık, ve / veya şişlik) hangi şiddette yaşadınız.

Çok fazla fazla orta az hiç

2. Son 4 haftada yaşam kaliteniz ürtikerden dolayı ne kadar etkilendi?

Çok fazla fazla orta az hiç

3.Son 4 haftada ürtikerden kaynaklanan rahatsızlıkları baskılamada ürtiker tedavisi ne kadar başarılı olmuştur?

Hiç az biraz iyi çok iyi

4. Genel olarak, son 4 haftada ürtikeriniz ne kadar iyi baskılandı?

Hiç az biraz iyi Tamamen